

# **La violence dans les soins : Le caring de Watson comme stratégie permettant le maintien d'une relation transpersonnelle.**

Travail de Bachelor

**Favre Jennifer : N° 10643732**

**Pokou Perrine : N° 07311301**

Directrice : **BOURSON Bénédicte – Chargée d'enseignement  
HES-SO**

Membre du jury externe : **OURION Christelle - Infirmière spécialiste clinique et  
praticienne formatrice**

**Genève, août 2014**

## Déclaration

« Ce travail de bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 04 août 2014

Jennifer Favre & Perrine Pokou

## Résumé

Ce travail de Bachelor, effectué selon la modalité d'une revue de littérature, traite de la violence pratiquée par des patients envers des infirmières, dans des unités de soins généraux.

Le but de ce travail est d'identifier les facteurs favorisant la violence et de comprendre la philosophie de soin de Watson, afin d'élaborer des stratégies permettant aux infirmières<sup>1</sup> de maintenir une relation transpersonnelle de caring avec un patient violent.

Pour ce faire, nous avons établi un cadre théorique dans lequel nous développons les multiples formes de violence ainsi que la philosophie du Caring de Watson. Puis, nous avons exposé les résultats de nos lectures d'articles de recherche dont nous retirons différentes stratégies à trois niveaux (avant, pendant et après) pouvant être utilisées dans la gestion d'évènement de violence.

Il ressort de ce Bachelor Thesis, un besoin important pour le personnel soignant d'avoir les ressources nécessaires (formation, information, entraînement et soutien) afin d'affronter les épisodes de violence sur leurs lieux de travail et de réduire les conséquences physiques et psychologiques qui peuvent en découler.

**Mots-clés :** violence – soins généraux – infirmières et patients – caring– théorie de Watson

**Keywords:** violence – general hospital – nurses and patients – caring – Watson's theory

---

<sup>1</sup> A lire aussi bien au masculin qu'au féminin durant tout le travail.

*« Je m'oppose à la violence parce que lorsqu'elle semble  
produire du bien, le bien qui en résulte n'est que transitoire,  
tandis que le mal produit est permanent »  
(Ghandi)*

## Remerciements

Nous tenons à remercier particulièrement notre directrice de mémoire, Madame Bénédicte Bourson, pour son accompagnement, ses conseils et ses remarques constructives. Ce suivi nous a permis d'avancer dans notre questionnement et dans la réalisation de ce travail de bachelor.

Un remerciement spécial à Madame Christelle Ourion, notre juré qui a accepté de lire et commenter ce travail.

Nous tenons également à remercier Monsieur Gérard Langlois pour ses précieuses informations et son expérience qu'il a su nous transmettre généreusement.

Nos remerciements vont également à Madame Ginette Dugand qui nous a consacré son temps à la relecture et à la correction de la langue française de cette revue de littérature.

Nous remercions particulièrement nos familles et nos amis pour leur grand soutien tout au long de ce travail de bachelor ainsi que durant nos années d'études.

## Abréviations

BIT :	Bureau International du Travail
CIMPV :	Consultation Interdisciplinaire de Médecine et de Prévention de la Violence
CHUV :	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
HUG :	Hôpitaux Universitaires de Genève
LAVI :	Loi fédérale sur l'Aide aux Victimes d'Infractions
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PAFA :	Placement À des Fins d'Assistance
PTSD :	Post Traumatic Stress Disorder
PVV :	Patient Visitor Violence
RTS :	Radio Télévision Suisse
SAULP :	Service d'Accueil, d'Urgences et de Liaison Psychiatriques
TCI :	Transpersonal Caring Intervention
TPAE :	Tribunal de Protection de l'Adulte et de l'Enfant

## Table des matières

Résumé .....	3
Remerciements.....	5
Abréviations .....	6
Table des matières .....	7
I. Introduction.....	8
I. Question de recherche et problématique .....	9
a. Question de recherche.....	9
b. La violence .....	10
c. La violence dans les soins en milieu hospitalier .....	15
d. Entrée ordinaire et entrée non volontaire .....	16
II. Ancrage disciplinaire .....	17
a. Les 10 facteurs caratifs de Watson qui servent de base dans le cadre de la prise en soin infirmière .....	21
III. Méthodologie .....	24
a. Résultats de recherche .....	25
b. Analyses des articles.....	26
c. Thèmes communs et thèmes émergents .....	36
d. Analyse et discussion.....	39
V. Choix des stratégies.....	42
VI. Discussion et perspectives en lien avec la philosophie du caring de Watson .	45
VII. Recommandations pour la pratique .....	47
VIII. Limites.....	48
IX. Conclusion .....	49
X. Références bibliographiques.....	51
Annexes .....	54
Annexe I : Déclaration WHA49.25 (OMS, 1996) La prévention de la violence : une priorité pour la santé publique.....	54
Annexe II : Tableau original TCI .....	56
Annexe III : Tableaux des thèmes apparaissant dans l'analyse des articles.....	58

## I. Introduction

« La violence a sans doute toujours fait partie de la vie humaine..., qu'elle soit auto infligée, collective ou dirigée contre autrui, [elle] fait plus d'un million de morts par an et bien plus encore de blessés » (OMS, 2002, p.27).

La violence dans les milieux hospitaliers est un phénomène très peu connu de la population ou alors souvent banalisée comme faisant partie du « job » de l'infirmière et pourtant il ne s'agit pas d'un fait nouveau. Elle connaît même une recrudescence, comme l'explique le professeur Sarasin, chef du Service des urgences des Hôpitaux Universitaires de Genève : entre le mois d'avril et le mois de décembre 2013, 208 agressions envers le personnel des Urgences ont été recensées (Davaris, 2013). Il ajoute que « les soignants<sup>2</sup> se font régulièrement injurier, voire menacer ». Un fait similaire a été exposé au grand public dans plusieurs émissions télévisées de la RTS durant l'été 2013. Une jeune femme alcoolisée est amenée aux urgences du CHUV. Durant sa prise en charge, elle agresse verbalement et physiquement une infirmière. Ce fait a choqué les téléspectateurs car la patiente<sup>3</sup> n'a émis aucun regret et affirme même que la situation fait partie du travail de l'infirmière (RTS, 2013).

Cependant, il existe encore peu d'outils et de données statistiques dans les milieux hospitaliers pour mesurer la violence dans les soins en Suisse. Ceci s'explique en partie par le fait que la Suisse se compose de 26 cantons, chacun disposant de ses propres lois notamment celles sur la santé. A cela, s'ajoute le fait que chaque hôpital suisse est géré différemment et a sa propre politique concernant la violence. Il n'existe pas de déclarations d'incident standardisées pour recenser les faits de violence.

Toutefois, même si la violence est principalement connue dans les milieux des urgences et de la psychiatrie, elle est également présente dans d'autres unités de soins. C'est ce que nous avons constaté en y étant confrontées lors d'expériences de stage. Au moment où cela s'est produit, nous étions encore peu expérimentées et nous ne savions pas comment réagir. Nous avons adopté un comportement d'évitement en fuyant les soins que nous devions effectuer dans la chambre du patient concerné. Nous nous sommes posées aussi beaucoup de questions sur ce qui a pu déclencher cette situation et sur ce que nous aurions pu mettre en place afin de dépasser cette appréhension. D'autres questions nous ont également interpellées : comment faire face à ces situations, comment les gérer, et venir en aide aux patients violents sans que nos peurs, nos appréhensions altèrent la qualité des soins et de la relation ?

Sur le moment nous avons tenté de banaliser la situation en feignant que nous vivions cela bien. Face à ces situations, nous avons compris qu'il n'est pas toujours simple de réagir et de maintenir une relation avec le patient. C'est ce qui nous a conduites à étudier la problématique de la violence et le maintien du lien avec les patients, lorsqu'ils manifestent d'une manière ou d'une autre de la violence, envers les soignants.

---

<sup>2</sup> A lire aussi bien au masculin qu'au féminin durant tout le travail.

<sup>3</sup> A lire aussi bien au masculin qu'au féminin durant tout le travail.



## I. Question de recherche et problématique

Dans ce chapitre, nous allons commencer par développer notre question de recherche puis nous aborderons la thématique de la violence. Enfin nous expliquerons l'importance de traiter du sujet et l'impact que cela peut avoir chez le personnel soignant.

### a. Question de recherche

Pour élaborer notre question de recherche, nous avons utilisé la méthode PICO qui permet de déterminer à l'aide des quatre éléments que sont la population, l'intervention, le contexte et les résultats (connus sous le terme *outcomes*), une question de recherche en lien avec un phénomène précis. Ceci nous permettant par la suite d'effectuer une recherche exhaustive dans les bases de données pour documenter le sujet.

Dans notre travail, la population que nous avons choisi d'étudier est celle des adultes. En effet, suite à la lecture de multiples articles de recherche, la population qui en ressort le plus correspond aux adultes. Les enfants relèvent d'une population particulière et ne correspondent pas à la majorité des personnes se trouvant à l'hôpital, nous ne les incluons donc pas dans notre travail.

L'intervention recherchée est celle des infirmières. C'est là que se trouve l'intérêt de ce travail pour notre profession car ce sont elles, parmi le personnel soignant, qui sont les plus exposées au risque de violence. Selon Lorenzo (2005), les infirmières sont trois fois plus susceptibles d'être victime de violence que n'importe quel autre personnel soignant, car elles sont au plus près des patients et passent plus de temps avec eux que d'autres membres du personnel soignant (Roche, Diers, Duffield & Catling-Paull, 2010, traduction libre). Pour Waschgler, Hernandez, Esteban & Garcia-Izquierdo (2012, traduction libre), dans le domaine des soins, les infirmières en particulier, courent plus le risque d'être exposées à la violence en raison du contact rapproché qu'elles entretiennent avec les utilisateurs et les clients. De plus, les caractéristiques particulières de la relation soignant-soigné favorisent cela. Les auteurs ajoutent que la littérature soutient l'idée que les infirmières sont plus susceptibles d'être victimes d'agression de la part des patients à qui elles donnent des soins directs, ou des visiteurs, des parents ou amis du patient, que de la part d'autres membres de l'équipe pluridisciplinaire (Waschgler et al, 2012, traduction libre). D'autres informations concernant les personnes à risque ont été mises en évidence dans différentes revues de la littérature. Entre autres, le fait que les infirmières plus jeunes et moins expérimentées sont plus en danger d'être face à de la violence, cela peut être dû au fait que les infirmières plus âgées et plus chevronnées peuvent occuper des postes de gestion et ainsi avoir moins de contact avec les patients (Anderson & Parish, 2003, cité par Howerton & Menten, 2010, traduction libre). Mais aussi au fait que les jeunes diplômées sont moins préparées à cette problématique et ont des difficultés à reconnaître et prévenir les situations à risque. Ce que confirme le docteur Krug (S.d.) pour qui « Médecins et infirmières ne sont pas véritablement formés à l'exercice de la santé publique [la violence] » (Darmsteter, 2007, p. 27). Bien que nous ayons connaissance de ceci, notre intervention concerne toutes les infirmières, sans distinction d'âge ou d'expérience professionnelle.

Le contexte choisi correspond à celui des soins généraux. Nous entendons par là des unités de médecine ou chirurgie. Grâce à nos différentes lectures, nous avons découvert que les services les plus affectés par cette problématique de violence sont les services d'urgence, le milieu psychiatrique et les maisons de retraite où l'incidence de violence est plus élevée que dans d'autres milieux de pratique des soins (Roche et al., 2010, traduction libre). Howerton & Menten (2010, traduction libre) le confirme, les infirmières des urgences et de psychiatrie sont les plus vulnérables. D'après eux, il existe des facteurs de risques inhérents à l'environnement des urgences tel que l'accès aux soins 24h/24h, le bruit, le

stress important, le temps d'attente relativement long et la sensation d'insécurité qui augmentent considérablement le risque de violence de la part des patients ou de leurs proches (Howerton & Mentès, 2010, traduction libre). En ce qui concerne les milieux psychiatriques, Dejours (2007) nous informe que « pathologies mentales et violence sont étroitement intriquées » (p.26) mais nuance en précisant que ce n'est pas toujours le cas. C'est pour ces raisons que nous souhaitons exclure ces milieux de soins pour notre travail et ainsi nous intéresser à la violence en milieu hospitalier, dans des unités de médecine ou de chirurgie où celle-ci est tout aussi présente mais où le personnel est peut-être moins préparé à y faire face.

Enfin, ces éléments étant pris en compte, les résultats souhaités sont relatifs au maintien de la relation soignant-soigné et à la gestion de cette crise.

Nous allons élaborer la problématique de la violence plus tard dans ce travail, mais nous pouvons déjà mettre en avant le fait que lorsque les infirmières sont victimes de violence de la part des patients, cela n'est pas sans conséquence. En effet, suite à nos expériences professionnelles, nous avons constaté que la relation soignant-soigné peut être altérée par des mécanismes de défense, tel que l'évitement, et ainsi influencer la qualité des soins et de la relation.

A une époque où les infirmières se retrouvent avec plus de patients et une charge de travail accrue tout en voulant maintenir une qualité des soins, cette problématique nous paraît primordiale à aborder. En augmentation constante et souvent peu reportée, la violence dans les soins est une réelle problématique de santé. Par ce travail, nous souhaitons développer une conscience professionnelle permettant à chacun d'être plus attentif à ces faits mais aussi de réfléchir à la manière dont les soignants peuvent réagir à ces situations. Les infirmières sont en première ligne face à la violence, il nous paraît donc essentiel de mettre en place des stratégies et des interventions afin de diminuer cette problématique.

Voici donc la question de recherche qui nous permettra de guider notre revue de littérature et nos réflexions. Comment l'approche de Watson peut-elle apporter, lors de la prise en soin infirmière, des stratégies permettant de maintenir une relation transpersonnelle de caring malgré un moment de violence du patient envers la soignante ?

## **b. La violence**

Il s'agit ici de présenter un point essentiel de notre problématique, la violence. Nous allons la développer sous différents angles. Nous commencerons par éclaircir le sens et les multiples formes existantes. Puis nous nous attacherons à faire le lien entre cette dernière, le travail et la santé. Après cela, plusieurs approches du sujet seront abordées telles que la dynamique du passage à l'acte ou encore selon l'aspect psychologique inspiré de la théorie de l'attachement de Bowlby. Pour finir, une comparaison entre la violence et l'agressivité sera abordée.

D'abord, nos nombreuses lectures ont relevé une somme importante de définitions. Certaines se rejoignent, se précisent et d'autres encore restent un peu trop globales. Ces divergences soulèvent des problèmes de compréhension de la problématique selon l'explication sur laquelle on s'accorde. D'un point de vue exclusivement littéraire du terme, le Petit Larousse illustré (2009) donne la définition suivante : « Violence *n.f.* 1. Caractère de ce qui se manifeste, se produit ou produit des effets avec une force intense, extrême, brutale. 2. Caractère de quelqu'un qui est emporté, agressif. 3. Extrême véhémence, outrance dans les propos, le comportement » (p.1069). Une autre définition à interpréter d'un point de vue psychologique a été présentée par Michaud (1978, cité par Morasz, 2002):

Il y a violence quand, dans une situation d'interaction, un ou plusieurs acteurs agissent de manière directe ou indirecte, massée ou distribuée, en portant atteinte à un ou plusieurs autres, à des degrés variables, soit dans leur intégrité physique, soit dans leur intégrité morale, soit dans leurs possessions, soit dans leurs participations symboliques et culturelles (p.10).

De plus, par rapport à la spécificité de notre questionnement, il nous semble important de faire un pont entre la violence, le travail et la santé. Ces trois items sont mis en relation, car nous nous concentrons sur celle envers le personnel soignant sur leurs lieux de travail. Pour ce faire, nous allons nous pencher sur les définitions données par les organisations spécifiques.

Ainsi, pour le BIT (2003), la violence, plus précisément dans le cadre du travail, se définit comme « Toute action, tout incident ou tout comportement qui s'écarte d'une attitude raisonnable par lesquels une personne est attaquée, menacée, lésée ou blessée, dans le cadre ou du fait direct de son travail » (p.4). Le BIT distingue ensuite violence interne et externe comme ceci: « La violence au travail interne est celle qui se manifeste entre les travailleurs, y compris le personnel d'encadrement » alors que « la violence au travail externe est celle qui s'exprime entre les travailleurs (et le personnel d'encadrement) et toute autre personne présente sur le lieu de travail » (p.4).

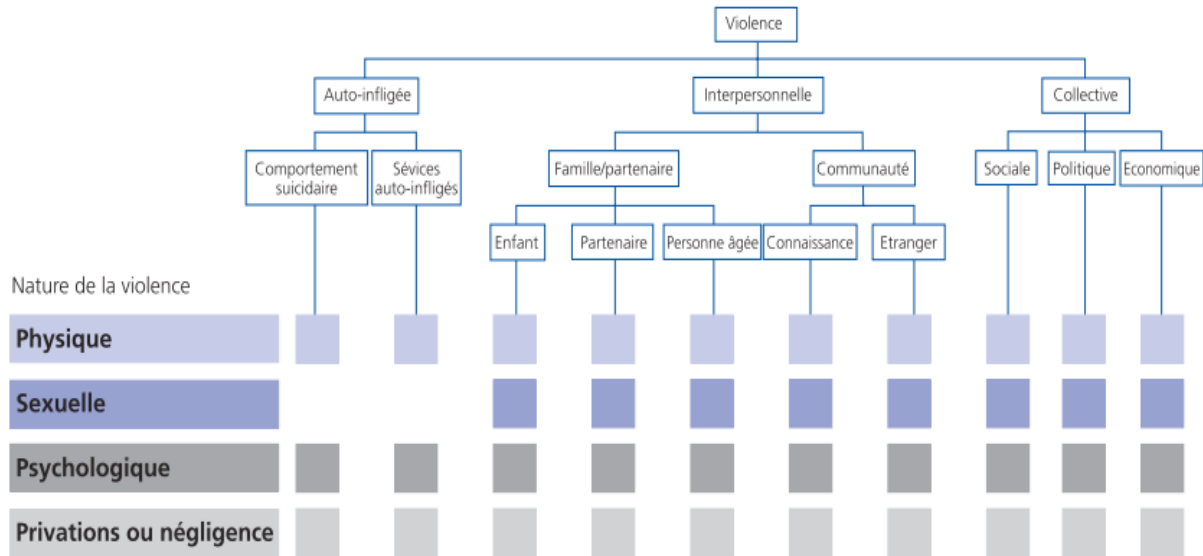
Que ce soit l'OMS (2002) ou encore Darmsteter (2007), tous font part du fait que la violence existe depuis des siècles, qu'aucun endroit de la terre n'est épargné et qu'elle est ancrée dans les sociétés sous différentes formes. Elle peut être à grande échelle telles que les guerres ou les génocides ou à plus faible échelle sous une forme physique, sexuelle et psychologique. Les conséquences qui en découlent sont nombreuses et non-négligeables pouvant même aller jusqu'au suicide lors de violences auto-infligées. Nous comprenons donc que ceci a toujours existé malgré une forte tendance à la banalisation ou à l'ignorance.

Bien que ce phénomène existe depuis bien longtemps, ce n'est qu'en 1996 lors de la 49e Assemblée mondiale de la santé que l'OMS (2002) adopte une résolution qui fait part d'un problème majeur de santé publique dans le monde entier et informe que « la violence [sous toutes les formes] figure parmi les principales causes de décès dans le monde pour les personnes âgées de 15 à 44 ans » (p.3). Cette résolution précise que les conséquences à court et à long terme sont sérieuses et ont des effets sur la santé et les services de santé. L'OMS invite ainsi les états membres à réfléchir sérieusement au problème (annexe I).

Comme nous l'avons mentionné auparavant, la violence se manifeste de différentes manières. Elle peut être dirigée envers les autres ou envers soi. Lorsqu'elle est auto-infligée, il peut s'agir de sévices que la personne s'impose ou d'envies suicidaires avec ou sans passage à l'acte. Dans le cas d'une pratique collective, cela peut être pris en compte d'un point de vue économique, social ou politique. Ceci comprend par exemple des actes terroristes, des guerres ou conflits religieux par exemple, ou encore économique lorsque de grands groupes puissants attaquent l'activité économique ou lors de situations d'exploitation. Lorsqu'elle est interpersonnelle, nous distinguons plusieurs cas de figure. En premier lieu, la violence familiale (maltraitance des enfants, négligence des personnes âgées, violence conjugale). En deuxième lieu, la violence dite communautaire, qui tient compte du fait que les personnes ne se connaissent pas, n'ont pas de lien de parenté. Elle comprend par exemple, les viols, les violences sur le lieu de travail, dans les écoles, en résumé toute forme commise par un étranger. C'est le cas plus exactement de notre sujet.

Il existe tant de formes que l'OMS (2002) propose un tableau présentant une typologie de la violence. Certains points ont été décrits ci-dessus.

## Typologie de la violence



*Tiré de : OMS, 2002*

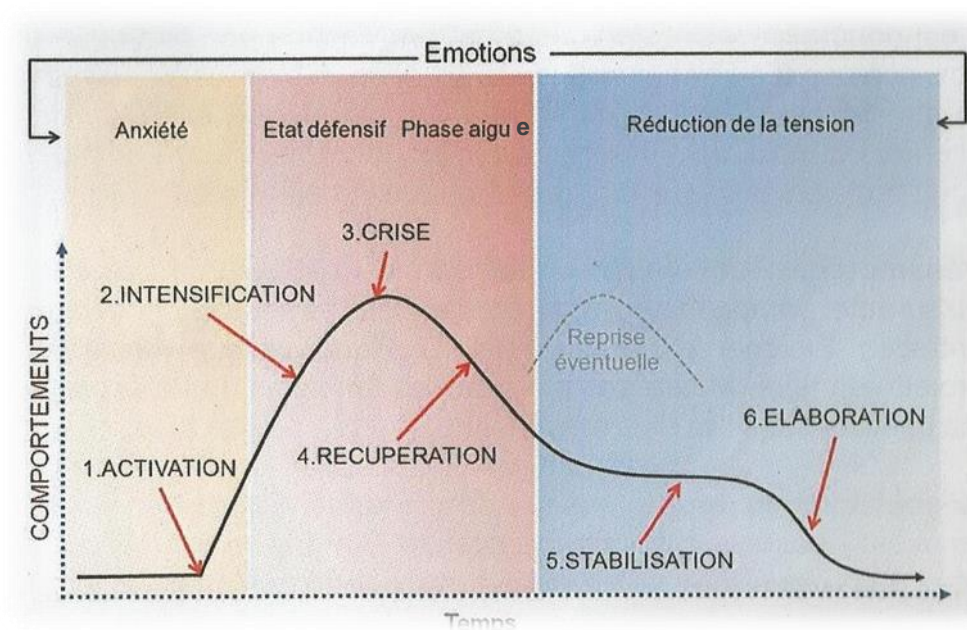
Dans cette figure, nous découvrons aussi que la nature de la violence est variable et peut être physique, sexuelle, psychologique (verbale par exemple), ou encore de l'ordre de la privation ou de la négligence. Les victimes sont aussi bien les enfants, les conjoints, les personnes âgées, que ce soit des personnes connues de l'auteur ou étrangères. Cette description à l'avantage de brosser un tableau détaillé des différentes formes qui existent ainsi que la nature qu'elles peuvent prendre nous permettant de comprendre la complexité de la problématique exposée dans ce travail. Nous saisissons aussi les différents impacts que cela peut avoir, que ce soit à petite, moyenne ou grande échelle. Cette classification peut être un outil qui permet de mieux saisir le contexte, les relations entre l'agresseur et la victime et éventuellement les raisons de cette violence.

Pour mieux comprendre, il est fondamental de s'intéresser aussi aux différents facteurs qui entrent en jeu lors de la manifestation de la violence. Dans son rapport, l'OMS (2002), informe que la « violence résulte de l'interaction complexe de facteurs individuels, relationnels, sociaux, culturels et environnementaux » (p.13). Les facteurs individuels tiennent compte des marqueurs biologiques, démographiques et de marqueurs liés à l'histoire personnelle. Ceci regroupant notamment le niveau d'instruction, les antécédents de violence dans la famille (subits ou observés). Les causes relationnelles sont relatives à la manière d'interagir entre pairs, entre membres de la famille, de la communauté. Ces modes relationnels pouvant ainsi inspirer la manière dont la personne gère les relations et peut ou non augmenter le risque d'être victime ou auteur. L'influence de la société est aussi à prendre en considération, car certains climats peuvent renforcer de tels actes ou alors les inhiber, que ce soit par des tensions entre différents groupes ou ethnies, ou dans les cas où les normes culturelles normalisent le recours à cette attitude pour régler certaines affaires. Dans cet item, nous pouvons inclure les normes culturelles qui encouragent les conflits politiques, la domination masculine sur les femmes et les enfants ou encore l'utilisation de la force et de la violence par la police sur les citoyens. Ces différentes normes sont, selon la culture et les mœurs, acceptables, ou peuvent favoriser l'expression de la violence.

Dans son ouvrage consacré à la compréhension du sujet, Morasz (2002) explique que la violence a lieu selon un processus dynamique du passage à l'acte. En effet, elle suit généralement un processus constitué de plusieurs étapes, car il est rare que l'évènement violent surgisse sans signe annonciateur. Six phases distinctes existent et peuvent varier

dans l'intensité et la durée (plus ou moins longues, très rapides), elles peuvent aussi être isolées les unes des autres.

- |                            |  |
|----------------------------|--|
| Phase 1, l'activation :    | lors de la survenue d'un fait ou d'un sentiment nouveau (peur, anxiété), un stress important apparaît.   |
| Phase 2, l'intensification | si la personne n'est pas capable de gérer ce stress, il va s'accroître et cela va provoquer une augmentation de la frustration, de l'excitation et la situation va s'intensifier.  |
| Phase 3, la crise          | c'est l'apogée de la situation dans laquelle il y a un débordement des tensions internes. La personne ne gère plus rien, et la crise explose, elle va se comporter de manière désinhibée.  |
| Phase 4, la récupération   | après la phase intense de la crise, il est d'usage que la personne reprenne le contrôle de soi et de ses pulsions agressives. Cette phase est critique, car à tout moment, si de nouveaux stimuli apparaissent, la crise peut se déclencher à nouveau. C'est le principe d'un processus dynamique. |
| Phase 5, la stabilisation  | l'irritabilité de la personne est suffisamment contenue pour qu'un intervenant puisse travailler l'acte violent avec la personne.  |
| Phase 6, l'élaboration     | permet de mettre en mots et comprendre ce qui s'est produit en faisant le lien entre l'acte violent et les processus psychiques afin de trouver un sens à ce qui s'est passé.  |



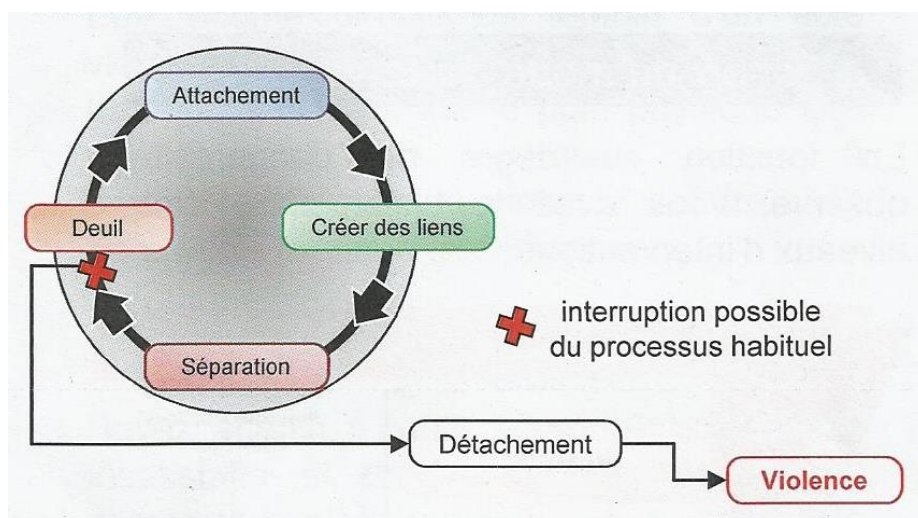
Tiré de : Coraboeuf, B. & Langlois, G. (2014). [Communication Personnelle]  
 Inspiré de : Morasz, L. 2002, p.39



L'importance de connaître cette dynamique relève du fait que nous sommes ainsi en mesure d'intervenir non pas seulement au moment de la crise, mais plus précisément à trois niveaux : avant (prévenir), pendant (contenir) et après (élaborer) l'incident violent. Morasz (2002) préconise de travailler dès que possible à n'importe laquelle de ces étapes, voire même à plusieurs étapes afin d'obtenir des résultats concluants.

Une autre approche de la compréhension de l'acte violent est possible. Pour le psychologue Kohlrieser (2009), une des caractéristiques fondamentales d'une personne violente est le manque d'attachement et le sentiment ressenti de vulnérabilité. Elle considère l'autre non plus comme une personne, mais comme un objet et la traite comme telle. Il y a alors absence de lien. Pour mieux comprendre cette notion, nous nous sommes intéressées au concept d'attachement élaboré par Bowlby (2002). L'attachement se définit comme un lien d'affection entre un individu et une figure d'attachement (un autre individu), souvent un *caregiver*, une personne qui prend soin. Il ne s'agit pas d'une dépendance, mais de la création d'une proximité, d'une connexion entre deux personnes. L'attachement permet d'acquérir une certaine sécurité qui rend l'ouverture sur le monde extérieur possible. Tout attachement conduit à un processus comprenant la création de lien (selon l'intérêt de la personne envers l'autre), A tout moment, une interruption du lien peut avoir lieu et il y a donc séparation. Celle-ci se manifeste par le changement, la perte ou la désillusion. La perte prend racine dans l'évolution naturelle de la vie (grandir, vieillir, évènement de vie comme la naissance, le mariage etc.) ou dans des évènements imprévus comme des accidents, des morts brutales, des pertes imprévues. Cette séparation provoque de nombreuses émotions qui amènent au stade du deuil. Cette phase est essentielle dans le processus pour que la personne puisse se relever et être capable à nouveau de s'attacher à une nouvelle figure et créer de nouveaux liens. S'il y a une interruption dans ce processus, la personne peut alors avoir des problèmes à recréer des liens et à s'attacher, par peur de souffrir ou de faire face à de nouvelles pertes. Doucement, elle va se détacher et cela peut entraîner des comportements violents, des maladies, de la dépression ou encore des fausses dépendances.

Kohlrieser (2009) définit le lien comme étant « la capacité à créer une connexion émotionnelle avec l'autre, aussi dangereux soit-il, dans le but de résoudre un différend ou un conflit » (p.29). En procédant ainsi, cela nous permet de comprendre les besoins de l'autre et ainsi y répondre si cela est possible.



Tiré de : Coraboeuf, B. & Langlois, G. (2014). [Communication Personnelle]

Inspiré de : Kohlrieser, G. (2009), p.63

Pour savoir comment réagir lors d'une situation conflictuelle il est important de pouvoir faire la différence entre l'agressivité et la violence car, selon Gbézo (2011) « si la violence est toujours sous-tendue par une certaine agressivité, à l'inverse, toute agressivité ne se traduit pas forcément en violence. L'agressivité devient violence quand il y a un abus de pouvoir sur l'autre » (p. 16).

D'après le Petit Larousse illustré (2009), l'agressivité se définit par « l'expression des pulsions destructrices » (p.67). Alors que selon le Nouveau Petit Robert (2007), il s'agit de « manifestations de l'instinct d'agression, de réaction d'opposition » (p.52).

Pour Gbézo (2011), l'agressivité est un trait de personnalité durable ou une réaction passagère pour satisfaire des besoins ou affirmer un statut, tel que la peur, le sentiment d'être menacé, l'impuissance ou la frustration. Elle peut se manifester lorsque l'individu n'arrive pas à résoudre une situation par les voies d'expression habituelles devant une menace imaginaire ou réelle, et elle peut être dirigée contre soi-même, contre un objet ou contre autrui. Un comportement agressif peut s'exprimer au travers d'un regard, une insulte, des médisances ou un geste.

La différence réside dans le fait que « dans la violence, on s'intéresse à soi-même, sans considération pour autrui... l'agressivité, en revanche, prend l'autre en considération dans un mouvement de totale ambivalence, où s'expriment à la fois haine et amour » (Gbézo, 2011, p. 16). En effet, comme mentionné ci-dessus, c'est est un moyen de défense où celui qui la subit est réduit au rôle d'objet, contrairement à l'agressivité où une relation est créée et après un conflit les protagonistes redeviennent de simples interlocuteurs.

### **c. La violence dans les soins en milieu hospitalier**

Selon Howerton Child et Mentès (2010, traduction libre), il est important de définir la violence sur le lieu de travail afin de pouvoir la reconnaître lorsque nous sommes confrontées à celle-ci. En effet, un manque de définition appropriée à ce phénomène empêche les infirmières de le prédire et d'avoir une réaction adaptée.

Nous trouvons plusieurs définitions à la violence mais la plupart du temps la violence physique est opposée à la violence verbale.

L'OMS définit la violence comme étant l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès (OMS, 2014).

Selon Mayehew et Chappell (2002), il existe trois catégories de violence : interne (entre employés), externe (faite par des étrangers en dehors de l'organisation) et initiée par le client (entre les employés et les clients). Bien que ces trois types de violence existent dans le milieu hospitalier, la plus fréquente est celle initiée par le client. (Howerton Child & Mentès, 2010, traduction libre). Ainsi, la violence dans les soins concerne les soignants, les patients mais aussi la famille ou les visites du patient. Selon Gbézo (2011), la violence dans les soins peut se présenter sous la forme verbale, physique, psychologique et sexuelle :

La violence verbale « (...) se définit par des insultes, des propos grossiers ou méprisants, des reproches, des menaces, des entorses aux règles de vie ou encore aux consignes de sécurité » (p. 4).

La violence physique peut se traduire de deux façons : ou elle touche le corps de l'autre avec des coups, des bousculades, des griffures, etc. ou elle se manifeste par la dégradation du matériel en jetant du matériel à travers la pièce par exemple.

La violence psychologique concerne la dignité ou l'intégrité psychique ou physique avec des humiliations, des menaces, des accusations, des représailles injustifiées, des critiques, etc.

La violence sexuelle se manifeste par des mots ou des actes déplacés à connotation sexuelle ou le fait d'obliger quelqu'un à avoir des rapports sexuels non consentis.

Comme mentionné ci-dessus, le type de violence le plus récurrent est celui initié par le client. Selon Gbézo (2011), on peut trouver trois catégories d'acteurs que nous pouvons résumer sous le terme de client : le patient hospitalisé, les proches ou les visites et les tiers extérieurs. Les tiers extérieurs sont des personnes qui n'ont pas de raison d'être auprès du patient, ce peut être des gens qui font partie de la même bande, des racketteurs ou des toxicomanes.

Nous avons pu constater qu'il existe des unités de soins où le risque de violence est plus fort que dans les autres unités. En effet aux urgences, le personnel soignant est plus souvent confronté à des patients agressifs et violents à cause du nombre élevé de patients qui arrivent sous l'effet de l'alcool ou de drogues mais aussi à cause de l'attente qu'il peut y avoir, qui donne le sentiment qu'on ne veut pas s'occuper d'eux, et le stress ou l'angoisse. On peut aussi inclure les patients qui arrivent avec un trouble psychiatrique ou en entrée non volontaire.

Les autres unités marquées par des comportements violents sont les unités de psychiatrie et gériatrie à cause des troubles mentaux, des démences et des dépressions dont souffre la population hospitalisée dans ces unités

#### **d. Entrée ordinaire et entrée non volontaire**

D'après le cours de Testori et Isoz Louvrier (communication personnelle [Polycopié], 20 novembre 2013), un patient admis en entrée ordinaire est hospitalisé volontairement, contrairement au patient en entrée non volontaire qui est admis sur demande du médecin ou du TPAE. Toutefois, une personne hospitalisée de manière volontaire peut être maintenue contre son gré pendant trois jours au maximum.

La décision d'hospitaliser une personne contre son gré est prise lorsque celle-ci présente des troubles psychiques, une déficience mentale, un grave état d'abandon, qu'elle nécessite une assistance ou un traitement qui ne peuvent être fournis autrement ou lorsqu'elle représente une charge considérable pour les proches.

Une hospitalisation non volontaire peut être décidée de deux manières :

1. Placement sur décision d'un médecin : Le médecin qui fait la demande de placement ne doit pas faire partie de la famille ou des proches du patient. Le placement est valable pendant quarante jours mais le médecin responsable de l'unité de l'établissement où le patient est hospitalisé peut faire la demande de prolonger cette hospitalisation dans les trente jours qui suivent son entrée. Le patient ou l'un de ses proches a dix jours pour faire recours sinon son hospitalisation prendra fin lorsque les conditions d'admission ne seront plus remplies. Toutefois, le patient ou les proches peuvent, à tout moment, faire la demande de mettre fin à l'hospitalisation. Dans ce cas le médecin doit se prononcer dans les vingt-quatre heures.



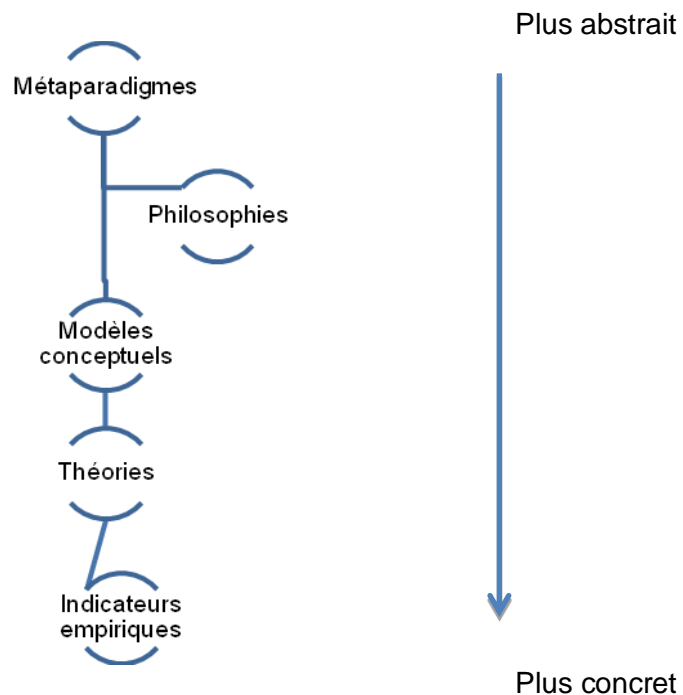
2. Placement à des fins d'assistance: Un PAFA est ordonné par le TPAE. Dans le cas d'un PAFA, le TPAE réexamine le dossier du patient tous les six mois pendant la première année d'hospitalisation, puis une fois par année. Toutefois, le patient ou un de ses proches a aussi la possibilité de faire recours dans les dix jours qui suivent la décision. Sinon il peut en faire la demande à tout moment et le TPAE devra fournir une décision dans les cinq jours ouvrables qui suivent.

Que ce soit une entrée ordinaire ou non volontaire, le patient doit être informé et éclairé sur son traitement et sur les recours auxquels il a droit.

## II. Ancrage disciplinaire

La discipline infirmière est fondée sur plusieurs conceptions et théories qui constituent une holarchie des connaissances. Les différents éléments qui la constituent sont classés selon des niveaux d'abstraction (Fawcett, 2005). Dans cette holarchie nous trouvons des métaparadigmes, des philosophies, des modèles conceptuels, des théories ou des indicateurs empiriques.

Les métaparadigmes, qui sont décrits comme des concepts globaux et abstraits, sont focalisés sur les métaconcepts de la personne, l'environnement, la santé et le soin. C'est-à-dire que, selon le cours de Séchaud (communication personnelle [Polycopié], 04 novembre 2013), ils sont focalisés sur les actions ou processus de nursing qui sont bénéfiques aux êtres humains. Une philosophie est plus abstraite, il s'agit d'une façon de penser qui tend vers un idéal, alors qu'une théorie, elle, sera plus concrète et permet de transformer notre pratique. Quant au modèle conceptuel, il est défini par une idée que l'on cherche à expliquer. Généralement, il en découle une théorie et des indicateurs qui sont, eux, beaucoup plus concrets.



*Inspiré de : Fawcett, 2005*

Ce qui nous intéresse, est une philosophie de soins, car nous ne cherchons pas à expliquer un phénomène, mais nous cherchons un modèle de prise en soins qui pourrait répondre ou s'adapter à un phénomène. Nous en avons trouvé plusieurs : Watson, Nightingale, Benner, Ray, Martinsen et Eriksson.

De plus, nous avons pu voir que, selon le cours de Séchaud (communication personnelle [Polycopié], 30 octobre 2012), il existe trois paradigmes, la catégorisation, la transformation et l'intégration, qui influencent le développement des savoirs et des pratiques. La manière dont chaque auteur construit sa philosophie dépend de son interprétation des métaconcepts et va l'orienter selon l'un de ces paradigmes. Dans le paradigme de la catégorisation, les phénomènes peuvent se diviser en catégories, ils sont isolables et simplifiables. Dans le paradigme de l'intégration, on prend en compte les différents événements liés à un phénomène ainsi que le contexte spécifique dans lequel il se produit. Dans le paradigme de la transformation, on considère chaque événement comme unique et en perpétuel changement. Il existe une interaction entre divers éléments complexes que nous devons considérer comme un tout indissociable (Ducharme, Kérouac, Pépin, 2010).

Suivant chaque paradigme, différentes écoles de pensées se sont construites. Dans la catégorisation, il y a le modèle de Henderson qui classifie la personne selon chaque besoin (ex : respirer, s'alimenter, éliminer...). Dans le paradigme de l'intégration, nous retrouvons l'école des besoins (Orem), l'école de l'interaction (Peplau), l'école des effets souhaités (Roy), l'école de la promotion et l'apprentissage de la santé (Allen, McGill). Enfin, dans la transformation, il y a l'école des patterns (Rogers, Parse) et l'école du caring (Watson, Leininger).

Dans ce travail, notre réflexion portera sur le paradigme de la transformation, plus spécifiquement sur l'école du caring avec la philosophie de Watson car c'est dans ce mouvement que nous pensons la prise en soin.

Watson est née en 1940 aux États-Unis où elle s'est distinguée par son implication dans le développement des sciences infirmières. Après un diplôme en sciences infirmières et psychologie puis une maîtrise en soins infirmiers psychiatriques et santé mentale et finalement un doctorat en psychologie de l'éducation et counseling, elle est actuellement professeur en Sciences infirmières à l'Université du Colorado (USA) et a reçu de nombreuses distinctions. Elle s'est fait connaître avec son premier livre *Nursing the philosophy and Science of Caring* (1979) qu'elle écrit d'après des notes prises lorsqu'elle était étudiante (Alligood, 2010, traduction libre). Influencée par la vision humaniste de Carl Rogers (Ducharme, Kérouac, & Pepin, 2010), elle y aborde pour la première fois les dix facteurs caratifs. Watson étoffera sa philosophie au travers de l'écriture de cinq autres livres.

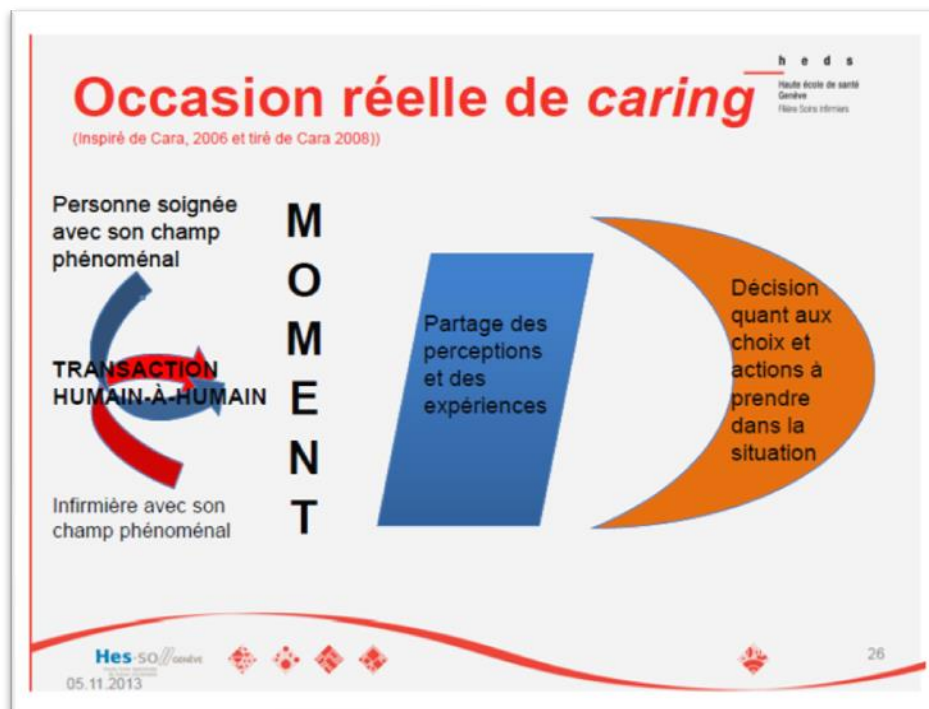
Nous allons maintenant présenter les principales conceptions de la discipline infirmière selon l'école du caring et Watson.

Watson centre sa théorie principalement sur deux métaparadigmes : le soin et la personne, car d'après elle, les actions de soins ne sont bénéfiques qu'aux êtres humains. Cependant, l'environnement et la santé restent à prendre en considération.

La personne est un être unique dans le monde, qui vit des choses singulières, dans le temps et l'espace. Watson considère la personne comme une unité de corps, d'esprit et d'âme (Watson, 1996, traduction libre). Or la personne vise à se réaliser par l'harmonisation de ces trois sphères. C'est pour cette raison que Watson décrit le caring comme des soins transpersonnels, car il est primordial de considérer l'individualité de chaque humain en tenant compte de la globalité de son expérience personnelle (vie préalable, relationnelle, sociale, professionnelle, etc.). Selon elle [Watson], l'esprit et les émotions de la personne

sont le point de départ de l'accès à la subjectivité du monde. Elle donne une importance à la profondeur et aux sens des sentiments (Watson, 2008, 1999).

Le soin consiste, pour Watson, en un échange de subjectivités entre la soignante et le patient. La soignante doit pour ce faire, s'investir dans le *caring* par un idéal moral, mais sans oublier que le *caring* est considéré comme un art et une science humaine. Ainsi, le soin correspond à un processus transpersonnel qui a pour but la promotion et l'harmonie du complexe corps-esprit-âme. Cette concordance peut être trouvée dès lors qu'il y a une rencontre entre deux êtres et à partir du moment où l'infirmière entre dans l'environnement du patient et qu'elle perçoit sa réalité, son champ phénoménal<sup>4</sup>. C'est ce qu'on appelle une occasion de caring. Il s'agit du moment (à un temps et dans un espace donné) où l'infirmière et la personne soignée se rencontrent avec ce que chacun peut apporter à l'autre (histoire de vie, champs phénoménal, etc.). On peut parler de ce moment, cette rencontre, comme d'une transaction d'humain à humain.



Tiré de : Séchaud. (30 octobre 2012). (Communication Personnelle [Polycopié])  
Inspiré de : Cara. C. (2006)

L'environnement : le rôle de l'infirmière apparaît dans l'environnement comme l'indique l'un des dix facteurs caratifs à travers la création, la protection et/ou la modification de l'environnement mental, physique, socio-culturel et spirituel (Watson, 1979, traduction libre). Cet environnement, composé d'un monde physique ou matériel, mais aussi d'un monde mystérieux, spirituel et existentiel permet la guérison à tous les niveaux. L'infirmière devient en ce sens l'environnement immédiat de la personne. De plus, elle [l'infirmière] est capable de modifier ce dernier par sa manière d'être et de faire (Watson, 2008/1997,1999,).

<sup>4</sup> « Le champ phénoménal correspond au cadre de référence et à la totalité des expériences de la personne. » D'après le cours de Séchaud (communication personnelle [Polycopié], 5 novembre 2013).

La santé : Dans la philosophie du caring, la santé est perçue comme une unicité entre les trois sphères que composent le corps, l'âme et l'esprit. Cette harmonie nécessite le respect de sa personne, une bonne connaissance de soi et de son propre soin. Watson (1989, 1999, 2008) définit la santé comme une expérience subjective, un processus d'adaptation et de *coping*, qui mûrit durant la vie. Elle ajoute qu'il est nécessaire d'associer cette expérience avec le degré de congruence entre le soi perçu, le soi idéal et le soi expérimenté (Alligood, 2010 ; Fawcett, 2013).

Les différentes publications de Watson révèlent que le caring est à considérer comme une philosophie et non comme une simple théorie. Une philosophie à l'orientation essentiellement humaniste, métaphysique, spirituelle-existentielle et phénoménologique. De plus, Watson a reconnu plusieurs valeurs essentielles à propos des soins à la personne et du soin humain (human care & human caring) ainsi qu'à propos de la relation transpersonnelle de caring.

Parmi ces valeurs, nous retrouvons des notions reliées à l'autonomie et à la liberté de choix de la personne. Il s'agit de protéger la personne (et sa famille) et de respecter la dignité humaine tant au niveau individuel que global (Watson, 1985). La relation transpersonnelle de caring est, quant à elle, reconnue comme un engagement sérieux vis-à-vis de soi, des autres, de la société et même de l'univers (Watson, 1996). L'empathie est essentielle pour autant qu'elle vise à aider les autres dans des processus de soin-guérison (caring-healing). Le *human caring healing* doit être utilisé pour autant que cela fasse partie intégrante des valeurs collectives, des savoirs et des pratiques sous risque que la survie de l'humanité soit menacée (Watson, 1996). De manière plus globale, afin de considérer le caring dans les soins, les infirmières doivent s'impliquer et faire un effort clairvoyant pour garantir l'approche humaniste que Watson promeut dans les soins infirmiers.

De ces principales valeurs découlent des hypothèses selon lesquelles le caring et l'amour sont les forces cosmiques les plus universelles, les plus formidables et les plus mystérieuses et elles comprennent une énergie psychique primaire et universelle (Watson, 1996, traduction libre).

Pour finir, cette réflexion amène Watson à formuler des postulats concernant le caring. Notamment selon Watson (1999), le caring démontre une conscience des valeurs reposant sur la charité. La conscience du caring dans une relation est fondamentale et doit être pratiqué aussi bien de façon personnelle que transpersonnelle. L'occasion de caring permet de préserver la dignité, l'intégralité (wholeness) et l'intégrité humaine offrant ainsi une présence et un choix authentiques (traduction libre).

Nous comprenons donc que pour Watson (1996) l'élément central qui guide la pratique des soins est bien le caring qui permet aux infirmières d'enrichir leurs pratiques sous un angle humaniste.

Afin d'aider et d'orienter la pratique, Watson a présenté dix facteurs caratifs puis les a modifiés pour en faire des ***processus caritas***. Ces facteurs/processus décrivent le processus de soin qui permet au patient d'atteindre ou de maintenir un niveau de santé (Alligood, Tomey, 2010, traduction libre). L'infirmière peut ainsi venir en aide et prodiguer des soins aux patients en s'aidant de ces facteurs

#### **a. Les 10 facteurs caratifs de Watson qui servent de base dans le cadre de la prise en soin infirmière**

Le terme caratif vient du mot caritas qui signifie chérir, apprécier et donner une attention spéciale. Il a une signification plus profonde et plus élargie car il entend de prendre soins avec amour. Watson précise toutefois, qu'il ne faut pas confondre cet amour avec celui d' « amore » qui nécessite une implication plus intime et personnelle.

Pour la présentation des 10 facteurs caratifs, nous nous sommes inspirées de Alligood, 2010, traduction libre.

##### **1. Système de valeurs humanistes et altruistes**

L'infirmière pratique ses soins avec amour, sérénité et bonté en réfléchissant à qui est la personne qu'elle prend en soin, est-ce qu'elle se sent assez ouverte pour avoir un rôle dans l'histoire de ce patient, comment va-t-elle s'en occuper et comment devra-t-elle se comporter dans cette situation.

En fonction de ceci. Le patient répondra à sa manière à ce comportement bienveillant et choisira de quelle manière il désire être dans cette relation.

##### **2. Croyance et espoir**

Par sa présence authentique, l'infirmière facilite l'expression des émotions et des croyances du patient et le soutient dans cette voie. Il faudra alors évaluer la conception de la réalité selon le patient, à quelles croyances il fait appel pour traverser une épreuve difficile et où il puise de l'espoir.

##### **3. Prise de conscience de soi et des autres**

Selon Ducharme, Kérourac, & Pepin, (2010), « la culture d'une sensibilité à soi et aux autres devient : la culture de ses propres pratiques spirituelles et du soi transpersonnel, au-delà du soi ego » (p.71).

##### **4. Relation thérapeutique d'aide et de confiance**

D'après le cours de Séchaud (communication personnelle [Polycopié], 5 novembre 2013) l'infirmière a pour mission de développer et de maintenir une relation d'aide, de confiance et de caring authentique. Pour cela, elle doit identifier la meilleure façon de prendre en soin le patient et trouver des stratégies pour l'amener à exprimer ses préoccupations.

##### **5. Expression de sentiments positifs et négatifs**

L'infirmière est présente et soutient le patient lors de l'expression d'émotions positives ou négatives et permet ainsi une connexion plus profonde entre son âme et le patient. Il est donc de son rôle de comprendre comment le patient exprime sa souffrance, et comment il se sent.

##### **6. Processus de caring créatif visant la résolution de problème**

L'infirmière adopte une utilisation créative de soi et de tous les types de savoir comme faisant partie du processus de caring. Elle doit donc s'interroger sur ce qui rend unique le patient et sa situation. En quoi cet événement a-t-il affecté sa vie et comment la soignante peut-elle la comparer avec son propre vécu ? Quels soins artistiques sont appropriés ?

### ***7. Enseignement et apprentissage transpersonnel***

Selon Ducharme, Kérouac, & Pepin, (2010), il s'agit de s'engager dans une expérience d'enseignement-apprentissage authentique qui s'intéresse à l'unité de l'être et à la signification (p.71). L'infirmière doit établir si le patient comprend ce qui lui arrive, s'il est conscient de ses choix, comment il envisage son futur et comment elle peut lui apporter les informations.

### ***8. Apport de soutiens, protection et création de l'environnement mental, physique, socioculturel et spirituel***

L'infirmière crée un environnement beau, confortable, digne et paisible propice à la guérison du patient à tous les niveaux, pour cela, elle doit savoir ce qui va permettre au patient de se sentir à l'aise.

### ***9. Assistance pour satisfaire les besoins du patient***

L'infirmière répond aux besoins élémentaires et essentiels du patient qui vont lui permettre un alignement entre son  me, son esprit et son corps.

### ***10. L'acceptation de forces existentielles-phénoménologiques-spirituelles***

L'infirmière permet au patient de s'ouvrir à des mystères spirituels concernant la vie et la mort.

Nous avons choisi d'utiliser ce modèle conceptuel afin de déterminer la pratique de l'infirmière et sa façon de prendre en soin la personne soignée. En effet, la manière de soigner une personne s'inspire d'un ensemble de valeurs et de croyances que chaque soignant possède. L'utilisation d'un modèle conceptuel peut éclairer ces valeurs et permettre de guider ainsi la réflexion et la pratique infirmière grâce à des notions d'ouverture à la relation et aux autres, de respect, de vision de l'expérience de santé etc.

Le caring de Watson peut se traduire par « l'activité d'aider une autre personne à croître et   s'actualiser, un processus, une manière d'entrer en relation avec l'autre qui favorise son développement. » (Mayeroff, 1971, cité par Hesbeen, 1999, p. 2). Cette philosophie peut être utilisée dans la pratique car elle considère l'échange et l'interaction entre les personnes comme étroitement rattachés à la compréhension et au vécu de l'expérience de santé. Nous savons que cette compréhension peut être altérée lors de situations d'incertitude, d'inquiétude ou de vulnérabilité.

**Incertitude** : « Caractérisation de l'état de méconnaissance ou d'indétermination d'un système, d'un individu, d'une situation, d'une assertion » (Doron et Parot., 2003, p. 371).

**Inquiétude** : « Trouble,  tat pénible causé par la crainte, l'appréhension d'un danger » (Petit Larousse illustré, 2007, p.583).

**Vulnérabilité** : Selon Doron et Parot (2003), la vulnérabilité c'est la fragilité d'un système défensif. Elle est temporaire ou chronique. La vulnérabilité psychologique traduit les déséquilibres qui perturbent le développement et le fonctionnement affectif, intellectuel, relationnel. Elle invite à tenir compte du retentissement des environnements traumatiques sur les d adaptations psychiques, les déviations de conduite, les ruptures (p.755).

Il est important de comprendre ces trois mots car ils caractérisent tout aussi bien l'état dans lequel se trouve le patient hospitalisé que le soignant qui subit un comportement violent.

« Le caring permet à l'infirmière d'accompagner la personne dans sa quête d'une plus grande harmonie entre le corps, l'esprit (la dimension cognitive, les perceptions et les émotions) et l'âme (les valeurs, les croyances et la spiritualité) » (Cara, & O'Reilly, 2008 cités par Ducharme, Kérouac & Pepin, 2010, p.105). Les auteurs avancent l'idée qu'une prise en soin de ce genre permet d'aider la personne à trouver une signification à sa souffrance et à son expérience de santé (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010). Les soins infirmiers dans ce modèle tiennent compte de la personne, un être unique dans le monde. La vision des soins est holistique et il faut voir la personne dans la globalité de son expérience, à un moment donné de son existence.

Dans le cadre de notre thématique de la violence, ce modèle semble pertinent car nous savons que la maladie et/ou l'hospitalisation sont des événements difficiles, ils perturbent l'équilibre de la personne et peuvent ainsi provoquer chez le patient de la violence envers la soignante. L'infirmière doit pouvoir accompagner le patient pour qu'il trouve une signification à son expérience de santé et par ailleurs à cette violence. Pour ce faire, elle doit prendre en compte le champ phénoménal du patient et dépasser les difficultés de la situation.

Le développement de cette philosophie permet de mobiliser des connaissances et des moyens spécifiques afin de développer des stratégies mais cela peut aussi permettre de guider les processus de recherche et les liens importants qui existent entre la théorie, la recherche et la pratique dans la discipline infirmière. En effet, la recherche est un instrument scientifique permettant le développement du savoir ainsi que la démonstration des connaissances déjà acquises. Ces connaissances étant étroitement reliées à la pratique professionnelle. La réponse aux questions de recherche dépendra de la manière dont la personne conçoit la discipline infirmière. En d'autres mots, l'utilisation d'une théorie infirmière ou d'une philosophie dans la recherche est une manière de voir les choses et d'interpréter les résultats sous différents angles, différents points de vue.

Pour Watson (2005), les méthodes qualitatives, naturalistes et phénoménologiques sont pertinentes pour l'étude transpersonnelle du caring et pour le développement des soins infirmiers comme une science humaine et un art. Elle admet l'intérêt, selon les cas, de combiner des recherches qualitatives et quantitatives (Watson, 2005 citée par Alligood & Tomey, 2010, traduction libre).

La perspective disciplinaire de Watson a été utilisée par de nombreux auteurs à différents niveaux. Que ce soit pour la compréhension de l'approche du caring, la formulation des problématiques de recherche ou encore pour documenter les expériences et les perceptions des infirmières. Watson souligne l'importance de mesurer l'efficacité du caring à travers des études. Evaluer l'efficacité de cette philosophie n'est pas simple et c'est pour cette raison que des groupes de chercheurs ont créé un instrument renvoyant aux dix facteurs caratifs. La limite de cet instrument pourrait résider dans son caractère réductionniste, qui ne permettrait pas une vision globale du caring (Ducharme, Kérouac, & Pepin, 2010).

### III. Méthodologie

Dans cette partie, nous expliquons la méthodologie que nous avons utilisée pour trouver les articles de recherche que nous avons étudiés. Nous décrivons comment nous les avons recherchés, quels mots-clés nous avons utilisés, et ce qui nous a permis de sélectionner les articles parmi tous les résultats.

Nous avons navigué dans différentes bases de données telles que CINAHL, Pubmed et GoogleScholar. Pour des raisons de validité scientifique, nous avons restreint nos recherches aux publications entre 2008 et 2014.

Pour réaliser les recherches, nous avons utilisé des mots-clés en lien avec notre thème que nous avons traduits de l'anglais grâce à l'outil Hon Select. Ces mots-clés sont présentés dans le tableau ci-dessous.

MESHTERM EN FRANÇAIS	MESHTERM EN ANGLAIS
violence violence contre les infirmières infirmières violence au travail infirmière et patient agression soignants personnel de santé hôpital général qualité des soins caring théorie de Watson modèle transpersonnel du caring facteurs caratifs	violence violence towards nurses nurses workplace violence nurse and patient aggression caregivers health care staff general hospital quality of care caring Watson's theory transpersonal caring Watson's carative factors

Les recherches donnant des nombreux résultats, nous avons émis des critères d'inclusion et d'exclusion nous permettant de choisir nos articles en adéquation avec notre problématique.

CRITERES D'INCLUSION	CRITERES D'EXCLUSION
service de soins généraux unité de médecine / chirurgie articles en langue française ou anglaise type de violence (des soignés sur les soignants, ou des proches sur les soignants)	service de psychiatrie service d'urgences service gériatrie <2008 type de violence (armes à feu, violence horizontale, gangs) patients souffrant de maladie psychiatrique ou démence



## a. Résultats de recherche

Voici une présentation des différents résultats obtenus dans la base de données CINAHL :

En utilisant les meshterms Violence OR Aggression AND health care staff, nous avons obtenu 45 résultats. Nous avons sélectionné les articles suivants :

- Aggression in a high secure hospital: staff and patient attitudes (Pulsford, Baker, Wright & Duxbury, 2013)
- Risk factors associated with patient and visitor violence in general hospitals: Results of a multiple regression analysis. (Hahn et al., 2013)
- A systematic literature review: managing the aftermath effects of patient's aggression and violence towards nurses (Lim, 2011)
- Verbal and physical abuse against Jordanian nurses in the work environment (Ahmed, 2012)

Des meshterms workplace violence OR violence AND nurse and patient nous tirons 115 résultats auxquels on ajoute AND general hospital qui réduit à dix résultats dont nous avons tiré

- Factors associated with patient and visitor violence experienced by nurses in general hospitals in Switzerland: a cross-sectional survey (Hahn, Müller, Hantikainen, Kok, Dassen & Halfens, 2013)
- Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross sectional survey (Hahn, Hantikainen, Needham, Kok, Dassen, & Halfens, 2012)

Les meshterms Aggression AND general hospital nous donnent 21 résultats qui nous ont permis de distinguer deux articles

- Patient factors associated with incidents of aggression in a general inpatient setting (Williamson, Lauricella, Browning, Tierney, Chen, Joseph, Sharrock, Trauer & Hamilton, 2013)
- Patient and visitor violence in general hospitals: A systematic review of the literature (Hahn et al., 2008)

Concernant les recherches en lien avec le modèle conceptuel, les meshterms Watson caring theory rendent 25 résultats mais nous n'avons gardé aucun de ces articles car ils présentaient la théorie de Watson sans faire de lien avec la pratique. En ajoutant AND violence aucun résultat n'apparaît.

Caring behavior AND violence, nous donnent quatre résultats qui ne correspondent pas aux critères d'inclusion.

Les mots clés violence AND Watson's theory offrent trois résultats en langue étrangère que nous n'avons pu retenir.

Avec la sélection de meshterms Watson's theory nous avons obtenu 203 résultats. Pour restreindre ceux-ci nous avons ajouté AND nurse and patient qui permet de réduire le

nombre à 62 résultats. Après lectures des “abstracts” nous n’avons pas retenu d’article car ils ne faisaient que présenter la théorie.

Watson’s theory AND carative factors nous a permis de recenser six résultats parmi lesquels nous avons retenu

- Transpersonal Caring : A nursing practice guideline (Gallagher-Lepak & Kubsch, 2009)

Avec la base de données de Pubmed, nous avons utilisé les mots-clés suivants :

Watson's caring theory AND caring AND nurse patient relations ce qui nous a donné sept résultats. Nous avons gardé celui-ci:

- Watson’s Theory of Transpersonal Caring: Factors impacting nurses professional caring (Vandenhouten, Kubsch, Peterson, Murdock & Lehrer, 2012)

Puis, nous avons essayé avec caring OR concept analysis AND theory and practice, ce qui nous a fourni deux résultats mais nous n’en n’avons gardé qu’un, que nous avons fini par rejeter après lecture car il expose uniquement le concept du caring sans apport pour la pratique.

- Caring theory and practice-entering a simultaneous concept analysis (Ranheim, Kärner & Berterö, 2012)

Concernant les recherches sur la violence dans Pubmed, nous n’avons pas entré les meshterms car nous avons déjà un certain nombre d’articles recensés via CINAHL.

D’autre part, certains articles ne figurent pas dans la recherche présentée ci-dessus. En effet, nous les avons trouvés de manière fortuite, soit dans la bibliographie d’autres articles, ou en recherchant directement dans le moteur de recherche Google Scholar comme c’est le cas pour les articles suivants :

- The escalating trend of violence towards nurses (Whelan, 2008)
- The importance of critical care nurses' caring behaviours as perceived by nurses and relatives (O'Connell & Landers, 2008)

## **b. Analyses des articles**

Dans ce chapitre, nous allons présenter une revue de la littérature par une analyse critique des différents articles que nous avons retenus. Pour la réalisation de cette étape, chaque texte a été analysé en utilisant une grille de lecture inspirée de la grille CEMI. Nous avons ensuite transposé les résultats sous forme de texte présenté ci-dessous.

La grille CEMI étant relativement longue et complexe, nous l’avons adaptée en utilisant certains points de manière systématique. Pour toutes les analyses, nous avons décrit : le type de la recherche, le cadre théorique, le lieu de l’étude, la question de recherche, la méthode utilisée, une synthèse des résultats, les points pertinents et les limites. Enfin, nous expliquons pour quelles raisons l’article concerné nous aide dans ce travail et pourquoi nous décidons de l’inclure dans notre revue de littérature.

**Hahn, S., Zeller, A., Needham, I., Kok, G., Dassen, T. & Halfens R. J. G. (2008). Patient and visitor in general hospitals: A systematic review of the literature. *Agression and Violent Behavior*. 13, 431 – 441**

Il s'agit d'une revue de la littérature Suisse pour laquelle les auteurs ont cherché des articles ne datant pas de plus de 16 ans et dont le résumé était en anglais ou en allemand. Le cadre théorique de cette revue est sociologique car la violence est un phénomène de société très peu connu dans le milieu des soins. Les chercheurs ont posé plusieurs questions de recherches afin de sélectionner leurs articles : A quelle fréquence surviennent des comportements violents de la part des patients ou des visiteurs sur le personnel hospitalier et que savons-nous sur les différentes formes de violence ? Dans quels contextes ces événements de violence surviennent-ils ? Quelles sont les caractéristiques des visiteurs, des patients et des soignants pouvant influencer la violence ? A partir de ces questions, l'équipe a trouvé 1159 articles et en a retenu 84.

Les auteurs de cette revue ont été rigoureux et cohérents car ils ont exclu les articles qui n'étaient pas une recherche. De plus, les textes parlant du département de psychiatrie et des urgences n'ont pas été retenus, de même que ceux n'établissant pas clairement de quel département ils parlaient ou dont les résultats n'étaient pas forcément liés à la violence de la part des visiteurs ou des patients. Au final, ils ont gardé 31 études. Leurs démarches ont été expliquées clairement à l'aide de tableaux, ainsi que les moteurs de recherches utilisés pour trouver les articles. Ils ont détaillé leurs critères de sélection.

Bien que cette revue de littérature ait été menée sur la base de plusieurs articles de recherche relativement anciens, elle est intéressante car elle nous apprend que sur les 31 recherches étudiées il n'y en a que 11 qui donnaient une définition restrictive de la violence dans les soins et qu'on est passé d'un article de recherche sur cette problématique (entre 1990 et 1994) à plus de trois par année (entre 2005 et 2006). Cela peut être interprété comme un intérêt grandissant pour ce sujet.

Voici les résultats :

Facteurs favorisant un comportement violent :

- Les patients âgés entre 15 et 40 ans ou 70 et 85 ans sont en général les plus agressifs et sont pour la plupart des hommes
- L'état de santé du patient
- La consommation d'alcool ou de drogue
- Les jeunes diplômés
- Les infirmiers hommes
- Le contexte organisationnel de l'hôpital (longue attente, procédures stressantes à remplir)
- Le type d'interaction avec les visites ou le patient

De manière générale, les infirmières sont plus à risque que n'importe quel autre secteur de soins.

Nous gardons cette recherche parce qu'elle traite de la violence en milieu hospitalier suisse et qu'elle recense plusieurs articles qui peuvent être intéressants.

**Hahn, S., Müller, M., Hantikainen, V., Kok, G., Dassen, T. & Halfens R. J. G. (2013). Risk factors associated with patient and visitor violence in general hospitals: Results of a multiple regression analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 50, 374 – 385**

Il s'agit d'une étude quantitative qui s'appuie sur trois instruments de recherche quantitatifs. Son phénomène d'intérêt est d'étudier les facteurs de risque de violence mis en liens avec les expériences de « patient and visitor's violence » (PVV) que les professionnels de la santé ont pu vivre dans des hôpitaux généraux. Le cadre théorique est sociologique car la recherche s'intéresse au type de population et d'unité de soins qui est le plus touché par la violence et aux caractéristiques des personnes violentes et des soignants qui subissent ces actes de violence.

Cette recherche a été menée par des chercheurs suisses qui soulignent le manque d'information sur ce sujet en Suisse et qui désirent combler ce manque. Leur travail a été soutenu par l'équipe de direction des infirmières et des médecins et approuvé par la commission d'éthique locale. L'anonymat des participants a été assuré en ne notant aucun nom ou identifiant.

L'étude a été menée de manière rétrospective, c'est-à-dire qu'ils ont collecté les données en 2007, à l'aide d'un questionnaire, sur le personnel hospitalier de l'un des cinq hôpitaux universitaire suisse, garantissant ainsi une grande variété des services. Ils ont obtenus 2495 participants (infirmières, sages-femmes, médecins, physiothérapeutes, nutritionnistes, radiologues, techniciens en radiologie, aide-soignante, etc.). 82% des participants étaient des femmes. Par la suite, ils leur ont donné un questionnaire déjà utilisé lors d'une autre étude allemande.

Les résultats de la recherche ont montré que les facteurs de PVV dépendent avant tout du type de violence, puis de l'âge du soignant. En effet, il est ressorti de leur étude que les jeunes étaient plus souvent confrontés à la PVV, surtout sous forme verbale. Le personnel ayant suivi une formation pour gérer la violence fait aussi plus souvent face à la PVV et les unités où les patients ont plus de 65 ans sont aussi plus à risque de PVV. A l'opposé, les médecins font partis de la catégorie de soignants étant la moins confronté à la PVV.

Les unités où la PVV est plus fréquente sont les urgences, les unités ambulatoires, les soins intensifs, les salles de réveil, les anesthésistes et les soins intermédiaires.

Les chercheurs parlent aussi de ce qui avait déjà été trouvé dans des études précédentes, c'est-à-dire que la PVV dépend aussi de la personnalité du soignant, du patient ou des visiteurs, du type d'interaction en cours et de l'environnement de travail.

Nous gardons cet article car il est suisse, il est clair, l'étude est récente et il traite pleinement de notre sujet.

**Hahn, S., Hantikainen, V., Needham, I., Kok, G., Dassen, T. & Halfens R. J. G. (2012). Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross sectional survey. *Journal of Advanced Nursing*. 68(12), 2685-2699**

Cette étude quantitative n'a pas seulement été menée sur des infirmières mais sur différents corps de métiers dans le milieu hospitalier ayant un contact avec les patients. Le cadre théorique est sociologique et psychologique car le but est de voir qui est confronté à la violence et quelles sont les conséquences sur les différentes professions.

L'étude a commencé en 2007 sur 2495 employés d'un hôpital universitaire suisse qui ont dû remplir un questionnaire. Le personnel hospitalier a reçu une information écrite concernant cette étude et avait la possibilité de refuser d'y participer. Le questionnaire a été envoyé à leur domicile, ils avaient la possibilité d'y répondre pendant leurs heures de travail et de le retourner via leur adresse e-mail professionnelle. L'étude a reçu l'accord du comité d'éthique local et les directeurs de l'établissement en ont été informés.

Résultats : dans les douze derniers mois la moitié de l'équipe soignante a expérimenté de la violence de la part des patients ou des visites et 11% dans la semaine qui précédait l'étude. Les facteurs favorisant étaient l'âge et le manque d'expérience. La violence avait souvent lieu lors d'un soin qui requérait de la proximité. Seulement 16% étaient entraînés à gérer les agressions. La confiance en soi pour gérer les situations dépendait surtout du positionnement de l'établissement pour ces situations et les interventions utilisées consistaient surtout dans le fait de calmer, de discuter et de donner des informations. La recherche a aussi révélé que les soignants qui passaient le plus de temps avec les patients (plus de 60% du temps de travail) étaient davantage exposés à la violence.

D'autre part, les conséquences émotionnelles étaient importantes dans 90% des cas lorsqu'il s'agissait de violence verbale et 60% lorsqu'il s'agissait d'actes physiques. Les soignants en parlaient majoritairement avec leurs collègues. L'établissement a soutenu 67.2% des participants à l'étude.

Enfin, seulement 1.1% des personnes victimes de violences ont utilisé le système de rapport d'incident et 36.6% des soignants l'ont juste noté dans le dossier du patient

Nous gardons cet article car il est suisse, l'étude est récente et il traite un aspect intéressant de la violence dans les soins, c'est-à-dire qu'il n'y a pas que les infirmières qui sont confrontées à la violence.

**Pulsford, D., Baker, A., Wright, K. & Duxbury, J. (2013). Aggression in a high secure hospital: staff and patient attitudes. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 20, 296-304.**

Cet article est basé à la fois sur une revue de la littérature et une étude quantitative réalisée en Grande-Bretagne dans un hôpital sous haute sécurité.

Cette étude s'intéresse aussi bien au point de vue des infirmières qu'à celui des patients en comparant leurs avis concernant la compréhension et la gestion des agressions. Le but de cette étude est de comparer les croyances du personnel et des patients concernant les causes de la violence ainsi que les moyens d'y répondre. Le cadre théorique utilisé est celui de la psychologie, car les auteurs s'intéressent à l'influence de l'attitude des soignants leur réaction à l'agression.

La méthode utilisée pour cette recherche est l'échelle MAVAS (the Management of Aggression and Violence Attitude Scale) qui mesure les croyances du personnel en lien avec les causes des agressions venant des patients. 13 déclarations à propos des causes de la violence et 14 affirmations relatives à la gestion de ces événements ont été transformées sous forme d'un questionnaire. Les participants ont dû noter de un à cinq s'ils étaient d'accord ou non avec les items de l'échelle. Cet outil permet de mettre en avant les moyens les plus appropriés pour faire face à la violence (les médicaments, la retenue, l'isolement).

Le respect de l'anonymat et les considérations éthiques sont précisées. La recherche s'est déroulée dans un hôpital de 228 lits spécifiques pour les hommes considérés comme un grave danger pour eux-mêmes et/ou pour les autres. Toutes les infirmières et le reste du

personnel soignant étaient invités à participer. Seul 109 d'entre eux ont répondu à l'enquête (sur 301 documents distribués) tandis que seuls 26 patients ont participé à l'étude sur les 97 approchés.

Il ressort de nombreuses concordances entre les résultats des deux groupes, notamment concernant les causes (existence de type de patient agressif, un environnement restrictif favorise la violence, le manque de communication entre patients et soignants rend les patients agressifs). Pour ce qui est de la gestion, tous sont en accord sur le fait que la présence de femmes dans l'équipe est favorable à la gestion de crise, la médication est une solution pour traiter les patients violents ou encore que la pratique de réclusion doit cesser.

L'étude s'est déroulée dans un seul hôpital spécifique dans le domaine de la santé mentale et le taux de réponses est relativement bas. De plus le ratio patient/soignant n'étant pas équitable, cette étude présente des limites.

Elle retient cependant notre attention, car elle est récente et européenne et elle met en avant le rôle clé du personnel infirmier dans les hôpitaux face aux comportements de patients agressifs. De plus, les auteurs s'intéressent aussi bien aux points de vue des patients qu'à celui des soignants, qui de plus sont relativement similaires. C'est le cas pour la vision éclectique que chacun a, de la gestion de la violence par des stratégies non-violentes ainsi que l'utilisation de médicaments ou l'isolement pour répondre à des incidents agressifs.

**Williamson, R., Lauricella, K., Browning, A., Tierney, E., Chen, J., Joseph, S., ... Hamilton, B. (2013). Patient factors associated with incidents of aggression in a general inpatient setting. *Journal of Clinical Nursing*. 23, 1144-1152.**

Cette étude australienne, composée d'un audit structuré et d'une analyse épidémiologique de la population de l'hôpital concernant l'incidence de l'agression, a pour cadre théorique la sociologie. Les auteurs s'intéressent au phénomène de la violence dans les soins en s'intéressant à des données démographiques. Le cadre théorique est aussi psychologique, car ils tentent de comprendre une méthode (le code grey<sup>5</sup>) de gestion d'agression. Williamson et al. (2013) recommandent que les infirmières mettent davantage l'accent sur l'évaluation des facteurs de risque identifiés et la documentation des comportements, pour aider à prévenir les agressions.

La recherche s'effectue dans 16 unités de médecine et chirurgie. Les buts de cette étude sont : 1) d'identifier les facteurs démographiques associés aux événements code grey et 2) de comprendre le code grey pour informer le personnel et développer une politique de sécurité.

Les auteurs ont analysé les rapports des interventions code grey sur une période de six mois (de janvier à juin 2009), en association avec les dossiers médicaux de ces patients (formulaires, notes infirmières, ordres médicaux, graphiques...). Toute personne ayant un code grey rapporté durant la période sélectionnée prend part à l'étude automatiquement. Les patients exclus sont ceux dont l'admission s'est faite via des services d'urgence ou de psychiatrie. Au total, 6472 patients entrent dans l'étude. L'analyse des données se fait par des tests statistiques.

L'étude est approuvée par le comité d'éthique de l'Hôpital St. Vincent.

---

<sup>5</sup> Le code grey est une réponse d'urgence d'une équipe spécialisée dans la gestion d'agression qui permet de venir en aide au personnel face à des patients agressifs susceptibles de blesser ces derniers ou des patients.

Les analyses portent à la fois sur les rapports de code grey ainsi que sur les données patients de l'admission. Des tests statistiques (chi carré, bivarié et régression logistique) ont été réalisés.

Les résultats montrent que sur les 6472 participants, 121 ont au moins une procédure code grey durant leur hospitalisation. L'analyse démographique met en avant des facteurs favorisant l'agression comme le sexe masculin ainsi que des pathologies telles que le delirium et la démence. Cependant, aucune corrélation entre l'âge et les pathologies ne peuvent être prouvées bien que ces maladies soient souvent liées à un âge avancé. De plus, la suite des analyses montrent que 50% des patients sont des récidivistes et ont plusieurs procédures durant un même séjour à l'hôpital. De ce fait, il convient de porter une attention particulière à ces groupes de population dans les soins afin de prédire, prévenir et gérer un événement d'agression.

Les limites de cette étude résultent du fait que les données proviennent de deux sources différentes et que certaines informations manquent où sont incomplètes (présence de maladies psychiatriques, consommation d'alcool, de drogues ou de cigarettes). Ceci ne permettant pas de faire des liens concluants entre le diagnostic et les facteurs favorisants.

Cette étude est pertinente dans notre travail par le fait qu'elle ait comme sujet des unités de médecine et chirurgie uniquement. De plus, elle permet de mettre en avant des éléments en lien avec le dépistage du risque concernant le profil des agresseurs (genre masculin, patients âgés, présence de maladies mentales) et l'aspect des récurrences. Ainsi, le thème de cet article est le dépistage du risque.

**Lim, B. (2011). A systematic literature review: managing the aftermath effects of patient's aggression and violence towards nurses. *Singapore Nursing Journal*. 38(3), 6-12.**

À travers cette revue de la littérature, l'auteur souhaite comprendre comment gérer les effets négatifs de la violence envers les infirmières en répondant à la question suivante : quelles sont les meilleures *evidenced-based practice*<sup>6</sup> dans la gestion des effets négatifs des agressions des patients envers les infirmières?

Le cadre théorique de cette revue est psychologique car Lim met en avant une approche de la gestion des conséquences de la violence : le débriefing. Après avoir sélectionné une liste de mots-clés en anglais (*debriefing, counseling, support, PTSD, patient assault, aggression, violence, and nurse victim*)<sup>7</sup>, il a recensé 3475 textes parmi différentes bases de données. La seule limite fixée par l'auteur était que les articles devaient être rédigés en anglais. Il procède ensuite à une lecture des titres et des résumés qui lui a permis de retenir dix textes parmi les critères d'inclusion et d'exclusion qu'il s'était fixé. Un résumé de chacun est fait par l'auteur.

Tous les articles se rejoignent sur le fait qu'un débriefing après l'événement de violence permet de réduire les effets négatifs tels que le syndrome de stress post-traumatique, niveau de stress élevé. Il existe différents types de débriefing pouvant aller du débriefing personnel à divers groupes de discussion (discussions informelles entre pairs, groupes de paroles incluant la famille du personnel touché). L'un des articles précise que les échanges entre pairs sont plus bénéfiques que ceux qui ont lieu avec la hiérarchie (élément relaté par d'autres lectures). De même, les petits groupes sont plus appréciés que les groupes plus

<sup>6</sup> Pratique fondée sur des données probantes

<sup>7</sup> Débriefing, conseil, soutien, syndrome de stress posttraumatique, agression du patient, agression, violence, infirmière victime (traduction libre)

nombreux évoquant comme raison une plus grande confiance à s'ouvrir aux autres. Certains articles sélectionnés mettent en avant une discussion sur l'importance ou non d'avoir des débriefings sachant que certaines infirmières peuvent trouver un stress plus important dans le fait de devoir faire face à l'événement traumatisant. Une autre lecture nous avise des effets positifs d'une intervention d'éducation dans la réduction du stress des infirmières face aux situations de violence.

Toutefois, l'auteur explique que la limite de cette revue de la littérature se trouve dans la pauvre qualité des recherches empiriques ne permettant pas de définir de réelles evidenced-based practice (seulement dix textes ont été analysés).

Cet article spécialisé dans le domaine de la santé mentale ne correspond pas à notre domaine de recherche. Néanmoins, il propose un moyen de gérer les effets négatifs de tels événements, à savoir le débriefing. Cette procédure nous semble transposable à n'importe quel service de soins, c'est pour cette raison que nous décidons de l'exploiter.

**Whelan, T. (2008). The escalating trend of violence towards nurses. *Journal of Emergency Nursing*. 34(2), 130-133.**

Dans cette revue de la littérature, l'auteure, une enseignante infirmière canadienne, s'intéresse à la violence dans les services d'urgence en particulier. L'article s'inscrit dans un cadre théorique sociologique, puisqu'il s'intéresse de manière générale à la violence et aux initiateurs de celle-ci. Cette revue peut aussi avoir pour cadre la psychologie lorsque Whelan (2008) se penche sur les interventions infirmières possibles lors d'incidents de violence.

L'article débute par un historique de la violence qui s'appuie sur des données de l'Organisation Mondiale de la Santé et de l'Etat d'Alberta (Canada). Il permet de mettre en avant une problématique très souvent évoquée, mais le manque de déclaration des événements de violence rend les statistiques pauvres et difficilement fiables.

Ensuite, Whelan décrit les différents types de violence (violence physique violence verbale) comme le précise l'Association américaine du Collège des Infirmières. Par la suite, ce sont les caractéristiques spécifiques des agresseurs qui sont décrites. Selon l'auteur, les personnes fragiles avec des blessures personnelles (divorces ou autres événement stressants), un statut économique bas, les hommes, les consommateurs d'alcool ou de drogues, le fait d'être criminel ou encore d'appartenir à des gangs. Des émotions telles que le stress, la peur, la colère et la frustration sont également présentes chez les personnes violentes.

Enfin, l'auteur termine par des recommandations pour la pratique notamment en termes d'éducation et d'intervention. En effet, elle met en avant l'importance de s'entraîner à gérer ce genre d'événement afin d'améliorer la prévention et la gestion de la violence. De plus, elle préconise l'adoption d'une politique "Zéro tolérance" qui doit être soutenue par la hiérarchie et ce par la création de procédures claires et faciles d'utilisation pour faire connaître les événements de violence. Enfin, l'auteur conseille l'approche interdisciplinaire du problème avec un programme d'évaluation et d'analyse des situations pour augmenter la reconnaissance et la prévention de la violence au travail.

L'aspect positif de cet article est l'approche globale du problème et les recommandations pour la pratique qui sont faites par l'auteur. Cependant, elle n'effectue aucune recherche scientifique permettant de prouver ses dires ou permettant de savoir ce qui est actuellement mis en place dans cet état canadien et l'efficacité d'un tel programme. De plus, la revue de la littérature est peu documentée selon nous. Ainsi, cet article peut servir pour l'information



générale et pour des pistes concernant la gestion de la violence mais n'est pas suffisant scientifiquement parlant.

**Ahmed, A.-S. (2012). Verbal and physical abuse against Jordanian nurses in the work environment. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 18(4), 318-324.**

Cette étude quantitative (descriptive et transversale), menée sur des infirmières de Jordanie, a pour but de déterminer la prévalence et les sources des abus verbaux et physiques envers les infirmières ainsi que les facteurs associés à ces expériences. Trois autres buts sont encore développés dans cette étude. Identifier les effets sur la santé et les performances des infirmières, évaluer la réaction des infirmières face à ces abus et identifier quelle est l'opinion des soignantes face à cette problématique sur leur lieu de travail. Le cadre théorique de cette recherche est celui de la sociologie.

L'étude a eu lieu dans divers départements (médical, chirurgical, pédiatrique, soins intensifs...) de trois hôpitaux (universitaire, publique et privé) durant une période de 2 mois. L'échantillon composé de 500 infirmières, sélectionnées au hasard, a dû répondre à un questionnaire mixte de questions ouvertes et fermées. La permission de conduire cette étude a été obtenue de la direction des différents lieux et les considérations éthiques sont respectées dans le déroulement de ce travail.

Les résultats concernant la prévalence démontrent un taux deux fois supérieur de violence verbale et celle-ci est le plus souvent perpétrée par les patients et leurs proches. Les effets négatifs sur les infirmières sont nombreux pouvant aller de céphalées à des troubles du sommeil ou encore de l'anxiété au burnout. L'auteur démontre aussi que plus de la moitié de l'échantillon a songé à quitter la profession après un abus ou perçoit une diminution de la qualité de son travail. Enfin, l'auteur offre quelques recommandations pour la pratique, telles que l'augmentation de mesures de sécurité. Par exemple, il propose de renforcer les politiques et les actions de dénonciation des abus.

La méthode utilisée semble adéquate même si quelques points peuvent être mis en question concernant la fiabilité des résultats. Le questionnaire a été traduit de l'anglais en arabe puis les réponses ont été retraduites en anglais ce qui peut biaiser certaines données. De plus, le fait que l'étude ne concerne que trois hôpitaux ne permet pas de généraliser les informations à l'ensemble du pays. Enfin, la vision de la société arabe sur la profession n'étant pas toujours bonne selon l'article, les infirmières ont peut-être elles aussi une estime de leur profession différente, ce qui dévie peut-être certains résultats.

Nous retenons néanmoins cette étude, car elle est récente, concerne des unités de médecine et chirurgie et offre une recherche générale sur le sujet de la violence en s'intéressant directement au point de vue des infirmières.

**Vandenhouten, C., Kubsch, S., Peterson, M., Murdock, J. & Lehrer, L. (2012). Watson's Theory of Transpersonal Caring: Factors impacting nurses professional caring. *Holistic Nursing Practice*. 26(6), 326-334.**

L'article présente une étude quantitative menée par des infirmières américaines sur les facteurs affectant la pratique du caring. En utilisant une philosophie de soins comme appui, nous pouvons confirmer que le cadre théorique est celui des soins infirmiers. Le but étant d'identifier les facteurs influençant les perceptions infirmières sur l'application de la théorie de Watson. Pour ce faire, les auteurs ont posé cinq questions de recherche (1) Est-ce que l'utilisation du caring augmente avec la familiarité des infirmières à la théorie ? (2) Est-ce que l'utilisation du caring chez les infirmières diffère selon leur niveau de formation ? (3) Y a-t-il des différences concernant la perception de l'utilisation du caring selon certaines

variables démographiques (âge, sexe, années en soins infirmiers) ? (4) Y a-t-il une différence perçue dans l'application de comportements basés sur le caring entre l'échelle des facteurs caratifs et l'échelle du caring transpersonnel ? (5) Y a-t-il une association entre la familiarité avec la théorie de Watson et le niveau de formation en soins infirmiers?

Les auteurs ont mis au point des échelles basées sur la théorie de Watson. Ils ont soumis ce questionnaire à un panel de 800 infirmières pour un taux de réponse de 242 infirmières du système de santé américain. Les infirmières de cette étude travaillent aussi bien en milieu hospitalier, dans des cliniques ou encore en maison de retraite. Le dispositif utilisé est une collecte de données comprenant des données démographiques et des items spécifiques au caring.

Ainsi, les résultats démontrent qu'il y a une différence statistiquement significative entre celles qui sont familières avec la théorie et ceux qui ne la connaissent pas. Cependant, aucune différence n'est perçue entre le niveau de formation en soins infirmiers et la perception du caring même si les infirmières avec un plus haut niveau scolaire sont plus familières avec le modèle de Watson. En ce qui concerne les années de pratique, les infirmières de 20 ans ou plus de pratique ont montré une plus grande sensibilité face au caring.

Enfin, la discussion précise que la pratique active de l'application de la théorie de Watson dans les soins est importante pour se familiariser et qu'elle permet de soulager la souffrance des patients et des familles. Le problème relevé dans cet article, est la difficulté à comprendre le langage de Watson, ce qui peut entraver son utilisation dans la pratique.

Cette étude est importante, étant donné qu'elle renforce la nécessité de se familiariser avec la théorie de soin afin de pouvoir la mettre en pratique. Pour cette raison, l'article retient notre attention, car nous pouvons mettre en lien l'utilisation du caring pour la gestion de la violence dans la relation entre l'infirmière et le patient, pour autant que l'infirmière soit formée au caring et sache l'utiliser.

**O'Connell, E. & Landers, M. (2008). The importance of critical care nurses' caring behaviours as perceived by nurses and relatives. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24, 349-358.**

Cet article décrit une étude quantitative menée en 2008, en Irlande dans des unités de soins aigus. Le cadre théorique est celui des soins infirmiers.

Après une introduction au caring et un historique de la problématique dans les unités de soins aigus à travers une revue de la littérature, les auteurs expliquent l'intérêt de leur recherche et le but de celle-ci, à savoir de permettre aux infirmières d'être conscientes de la façon dont leurs attitudes de caring sont perçues par les proches de patients et ainsi de savoir si cela correspond aux attentes des familles.

Elles poursuivent en décrivant leur méthode et la manière dont l'échantillon s'est construit. 33 infirmières et 19 proches ont pris part à l'étude. L'outil utilisé pour cette étude est *The caring behaviours assessment tool* (CBA). Basé sur les facteurs caratifs de Watson, il permet de considérer différents aspects des soins infirmiers tels que les aspects physiques, psychologiques, sociaux et spirituels. Le CBA comporte 63 comportements de caring subdivisés en sept parties. Les participants ont dû évaluer les items entre un et cinq sachant qu'un correspond au moins important et cinq, le plus important.

Les résultats mettent en avant que pour les deux groupes, le plus important des comportements de caring se trouve dans le groupe de comportements humanistes, d'espoir et de sensibilité. En effet, d'autres études montrent que ce qui est important est l'individualisation des soins pour les patients et leurs proches. Cependant, quelques

divergences ressortent, notamment lorsque l'aspect technique (gestes infirmiers, soins techniques) est mis en avant par les proches comme étant très importants aussi.

**Gallagher-Lepak, S. & Kubsch, S. (2009). Transpersonal Caring: A nursing practice guideline. *Holistic nursing practice*. 23(3), 171-182.**

Cette étude qualitative concerne le caring de Watson. Pour les auteurs, la théorie de Watson offre une ligne de conduite générale, mais ne contient aucune action de soin spécifique. Pour cette raison, les infirmières peuvent avoir des difficultés à mettre en place le caring en pratique selon les 10 facteurs caratifs. De ce fait, le but de cette étude est d'identifier des actions infirmières les plus représentatives des 10 facteurs caratifs de Watson, en se basant sur des histoires de caring racontées par des infirmières. Le cadre théorique relève ici encore des soins infirmiers.

L'intérêt de cette recherche par rapport à ce qui a déjà été fait se trouve dans la transposition de la théorie en actions de soins concrets, compréhensibles et réalisables par toutes.

Les sujets participants à l'étude sont des étudiantes infirmières à qui il a été demandé de décrire précisément une histoire de caring qu'elles ont vécue. 126 histoires ont été analysées de manière à sélectionner une histoire par facteur caratif. Ces dix récits ont ensuite été analysés pour y faire ressortir une action de soin.

Cette méthode a permis de proposer un guideline connu sous le nom de *Transpersonal caring intervention* (TCI) (voir annexe II) permettant aux infirmières d'être aptes à utiliser, communiquer, documenter leurs interventions de caring en utilisant un langage commun. Une présentation de ce guideline est faite dans un tableau décrivant le facteur caratif, l'action TCI et la description de cette action. Cependant, les auteurs mettent en garde les utilisateurs sur le fait qu'une seule action ne suffise pas à proposer une activité de caring.

Cet article est très intéressant, étant donné qu'il permet de déplacer les connaissances de la théorie d'un niveau conceptuel à un niveau opérationnel. C'est pour cette raison que nous choisissons de le garder. Toutefois, il est important de noter que l'article présente quelques limites, car l'utilisation et la validation du TCI n'a pas encore eu lieu et des études devraient être réalisées à ce niveau-là.

## **Conclusion**

Ces analyses critiques nous ont permis d'argumenter la pertinence du choix des articles sélectionnés en fonction des éléments suivants : type de la recherche, cadre théorique, lieu de l'étude, question de recherche, méthode utilisée, résultats, points pertinents et limites.

Cette étape nous permet d'utiliser les différents articles pour une analyse plus élaborée des thèmes principaux en regard de la discipline infirmière.

### c. Thèmes communs et thèmes émergeants

Suite à l'analyse des articles effectués auparavant, nous constatons que certains éléments apparaissent dans plusieurs articles. Ici, nous allons présenter les points communs dans un premier tableau, puis, dans un second tableau, nous montrerons ceux qui sont émergeants. Nous avons choisis ces différents thèmes car ceux sont ceux qui nous paraissent importants parmi nos articles de notre revue de la littérature. En effet, ils permettent d'aborder tous les aspects de la violence pour mieux la comprendre.

THÈMES COMMUNS DES ARTICLES		FACTEURS CARATIFS LIÉS
<b>Facteurs favorisants</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Caractéristiques liées au patient violent               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ âge avancé</li> <li>○ sentiments éprouvés tel que l'ennui, l'insatisfaction, la peur, le déni, la dépression, une estime de soi faible, le stress, la frustration, l'anxiété</li> <li>○ Sexe masculin du patient</li> <li>○ Consommateurs d'alcool ou de drogues</li> <li>○ Etat de santé du patient</li> </ul> </li> <li>- Contexte organisationnel de l'hôpital               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ charge de travail, disponibilité des soignants</li> </ul> </li> <li>- Type d'interaction (proximité des soins)</li> </ul>	<p>Apports de soutiens, protection et création de l'environnement mental, physique, socioculturel et spirituel (8)</p> <p>Enseignement et apprentissage transpersonnel (7)</p>
<b>Conséquences</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mauvaise qualité de soins prodigués</li> </ul>	
<b>Population soignante la plus touchée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jeunes diplômées</li> </ul>	Processus de caring créatif visant la résolution de problèmes (6)
<b>Prévention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soignants avec une formation pour gérer la violence</li> </ul>	

THÈMES EMERGEANTS DES ARTICLES		FACTEURS CARATIFS
<b>Facteurs favorisants</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Environnement restrictif, insécure</li> <li>- Manque de communication patient-soignant</li> <li>- Caractéristiques liées au patient violent               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Pathologies psychiatriques : démences, délirium</li> <li>o Antécédents de violence dans les soins</li> <li>o Personnes fragiles avec des blessures personnelles (divorces ou autres événement stressants)</li> <li>o Statut économique bas</li> </ul> </li> <li>- Caractéristiques liées au soignant :               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Sexe du soignant</li> <li>o Personnalité du soignant</li> </ul> </li> </ul>	<p>Apports de soutiens, protection et création de l'environnement mental, physique, socioculturel et spirituel (8)</p> <p>Enseignement et apprentissage transpersonnel (7)</p>
<b>Conséquences</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etat de choc</li> <li>- Dépression</li> <li>- Culpabilité</li> <li>- Anxiété</li> <li>- Insatisfaction au travail</li> <li>- Passivité</li> <li>- Infirmières moins présentes auprès des patients et mauvaises relations qui en découlent</li> <li>- Céphalées, troubles du sommeil, burnout</li> <li>- Envie de changer de profession</li> </ul>	
<b>Population soignante la plus touchée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infirmières</li> <li>- Unités d'urgences, ambulatoires, soins intensifs, salles de réveil et soins intermédiaires</li> </ul>	Processus de caring créatif visant la résolution de problèmes (6)

<b>Dépistage du risque</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se focaliser sur les groupes de patients à risque (selon les facteurs favorisants)</li> </ul>	Prise de conscience de soi et des autres (3)
<b>Prévention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Création d'<i>evidence base practice</i> pour la gestion d'agression</li> <li>- Connaissance de la problématique et des effets négatifs par les soignants.</li> <li>- Augmentation de mesures de sécurité</li> <li>- Renforcement des procédures de dénonciations d'abus</li> </ul>	
<b>Gestion des agressions (action centrée sur l'infirmière)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La médication</li> <li>- L'utilisation de méthode non-physique telle que la négociation</li> <li>- Davantage de personnel soignant du sexe féminin</li> <li>- Débriefing.</li> <li>- Soutien des collègues</li> <li>- Approche interdisciplinaire</li> <li>- Méthodes utilisées par les soignants (calmer, discuter, informer)</li> </ul>	Expression de sentiments positifs et négatifs (5)
<b>Politique zéro-tolérance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- création de procédures pour reporter les événements de violence</li> </ul>	

Avec cette classification, nous constatons qu'il y a peu de thèmes communs. Ceci s'explique par le nombre restreint d'articles qui s'élève à 11.

Parmi les thèmes émergents, nous avons listé ceux qui ne ressortent que dans un article. Cependant, si nous avions eu plus de références, peut-être que nous aurions pu classer ces derniers parmi les thèmes communs.

De plus, nous avons mis en lien les éléments des tableaux avec les facteurs caratifs de l'approche du caring de Watson qui nous semblaient représenter au mieux la prise en soins infirmières. Ceci sera développé dans l'analyse du travail.

#### d. Analyse et discussion

Pour faciliter notre analyse, nous avons commencé par illustrer l'application des facteurs caratifs pour la prise en soins des patients violents. Pour ceci, nous avons réalisé un tableau inspiré du *Transpersonal caring intervention* (TCI) (annexe II) issu de l'article de Gallagher-Lepak, & Kubsch (2009).

N°	LES DIX FACTEURS CARATIFS SELON WATSON	APPLICATION DES FACTEURS CARATIFS LORS DE SITUATIONS AVEC DES PATIENTS OU DES VISITES VIOLENTS
1	Système de valeurs humanistes et altruistes	Faire preuve d'empathie et ignorer les violences verbales
2	Croyance et espoir	Permettre à la personne d'exprimer ses croyances et de faire appel à ses ressources personnelles pour obtenir de l'espoir. Par exemple, faire appel à un prêtre, un imam, etc.
3	Prise de conscience de soi et des autres	Prendre le temps de s'asseoir avec la personne pour discuter et tenter de comprendre sa souffrance
4	Relation thérapeutique d'aide et de confiance	Être patient, ne pas brusquer la personne lors des soins. Si il/elle s'énervé, ne pas escalader sa colère, rester calme et présent.
5	Expression de sentiments positifs et négatifs	Permettre à la personne d'exprimer sa frustration. Si la personne emploie des mots trop violents ou blessants, la recadrer en lui expliquant qu'on va l'écouter mais qu'il faut changer de ton.
6	Processus de caring créatif visant la résolution de problème	Lorsqu'un patient est violent, s'interroger sur le pourquoi et tenter de résoudre ce problème
7	Enseignement et apprentissage transpersonnel	Accompagner le patient et les visites dans la thérapie, répondre à leurs questions et leur expliquer les traitements
8	Apport de soutiens, protection et création de l'environnement mental, physique, socioculturel et spirituel	Savoir interpréter les signaux d'anxiété au lieu de les ignorer (utilisation fréquente de la sonnette par exemple) et prendre le temps de rassurer le patient, de lui faire comprendre que même si on a beaucoup à faire on veille sur lui
9	Assistance pour satisfaire les besoins du patient	Assister le patient lorsqu'il en a besoin afin de le soulager pour les activités de la vie quotidienne
10	L'acceptation de forces existentielles-phénoménologiques-spirituelles	Aider une personne à s'appuyer sur des convictions spirituelles

Nous nous intéressons maintenant aux thèmes communs et émergents de nos articles de recherche qui s'inscrivent dans la discipline infirmière. Comme nous l'avons vu dans les tableaux précédents, nous pouvons les analyser selon les facteurs caratifs associés.

- Apports de soutiens, protection et création de l'environnement mental, physique, socioculturel et spirituel (8)

Selon les facteurs favorisants décrits dans le tableau de la p.37, une mise en lien avec le facteur caratif : **apport de soutiens, de protection et de création de l'environnement mental, physique, socioculturel et spirituel**, peut être faite. Certaines caractéristiques propres au profil du patient violent peuvent être modifiées par la création d'un environnement bienveillant et protecteur. Ceci peut être bénéfique au comportement du patient. En effet, l'insatisfaction, la peur, le stress, la frustration ou l'anxiété sont des signaux importants à reconnaître (Whelan, 2008 ; Williamson et al., 2013). L'infirmière doit prendre le temps de rassurer le patient, de lui faire comprendre que même si elle a beaucoup à faire, elle veille sur lui ou lui expliquer qu'elle prendra un temps pour lui à un autre moment. Ainsi le patient se sent rassuré et soutenu et ceci lui évitera peut être d'exprimer ces émotions avec de la violence.

Toujours dans les facteurs favorisants, mais cette fois parmi les thèmes émergents, nous retrouvons l'environnement restrictif qui favorise la violence (Pulsford et al., 2013). Celui-ci peut être vécu comme hostile et donc il ne permet pas au patient de se sentir confortable, en confiance et en paix avec son esprit et son corps. C'est pour ceci qu'il est important pour l'infirmière d'être attentive aux besoins du patient au niveau mental, physique, socioculturel et spirituel pour créer un environnement favorable à la relation soignant-soigné.

- Enseignement et apprentissage transpersonnel (7)

D'autre part, le manque de communication entre patients et soignants alimente les comportements agressifs. Ceci relève du contexte organisationnel (manque de temps et disponibilité des soignants) (Hahn et al., 2008 ; Hahn et al., 2013). Le patient ne comprend pas ce qui lui arrive ou ce que les infirmières lui font (soins par exemple). Ceci peut être mis en lien avec le facteur caratif : **enseignement et apprentissage transpersonnel**, car le fait d'accompagner le patient et les visites dans la thérapie, en les informant, permet de répondre à leurs questions et de diminuer leurs angoisses.

- Processus de caring créatif visant la résolution de problèmes (6)

Une infirmière nouvellement diplômée ne pourra pas s'appuyer sur ses expériences passées et prendre du recul lui permettant de savoir quelle est la meilleure manière de prendre en soin un patient (Hahn et al., 2008 ; Hahn et al., 2012 ; Hahn et al., 2013). De ce fait, elle pourra éprouver de la difficulté à faire preuve de créativité pour résoudre des problèmes et s'appuiera davantage sur les protocoles, ce qui pourrait passer pour de la froideur auprès du patient.

Par ailleurs, lorsqu'un patient se montre violent, une soignante peu expérimentée aura moins de facilité à prendre du recul sur la situation. De ce fait, elle aura du mal à s'interroger sur les raisons de cette agressivité qui lui permettraient de résoudre le problème et de le traiter avec le patient.

C'est pour cela qu'une infirmière chevronnée aura un bagage de compétences plus solide pour gérer ces situations et ainsi faire preuve d'un **processus de caring créatif visant la résolution de problèmes**.



En ce qui concerne les lieux à risque comme les unités d'urgences, les soins ambulatoires et soins intensifs, les salles de réveil et les soins intermédiaires (Hahn et al., 2013), nous décidons de ne pas en discuter, étant donné que notre travail porte sur les soins généraux et qu'il s'agit d'un thème émergent.

- Prise de conscience de soi et des autres (3)

Dans les thèmes émergents, le dépistage du risque est mis en avant (Williamson et al. 2013). Nous liions ceci avec le facteur : **prise de conscience de soi et des autres** car le fait d'avoir conscience qu'il existe un profil de personne à risque de devenir violent est important pour repérer des situations à risque. Néanmoins, l'infirmière doit être attentive à ne pas catégoriser la personne qu'elle en face d'elle et prendre conscience que chacun est unique et a une histoire de vie qui lui est propre, avec ses fragilités. Pour ces raisons, l'infirmière peut prendre le temps de s'asseoir avec la personne pour discuter et tenter de comprendre sa souffrance.

- Expression de sentiments positifs et négatifs (5)

Ce facteur caratif peut être illustré par la gestion des agressions qui ressort dans l'un des thèmes émergents. Parmi elles, l'une des méthodes de gestion des agressions est le débriefing (Lim, 2011). Par la discussion et l'analyse de la situation, le patient peut **exprimer ses sentiments positifs ou négatifs** et ainsi l'infirmière peut comprendre ce qu'il ressent et comment il exprime sa souffrance à travers la violence.

D'un autre point de vue, l'infirmière peut elle aussi débriefer l'évènement au sein d'un groupe d'analyse de la pratique ou avec des collègues. À son tour, elle peut s'intéresser aux émotions qu'elle ressent et donc établir un lien plus fort entre elle et le patient et donner un sens à l'expérience, parfois traumatisante, qu'elle a vécue.

En outre, en utilisant la communication (calmer, discuter, informer) pour désamorcer les situations de violence, la soignante sollicite l'expression des sentiments du patient qui à son tour se sentira écouté et compris, permettant ainsi à sa frustration de diminuer.

Tous les facteurs caratifs présentés dans l'approche de Watson n'apparaissent pas dans notre analyse. Nous expliquons ceci par le fait que le caring est un modèle qui s'utilise le plus souvent dans les soins à long terme car il nécessite du temps.

De plus, certains thèmes communs ou émergents concernant les soignants (conséquences, prévention et politique zéro-tolérance) ne peuvent pas être mis en lien avec le caring de Watson. Cela ne nous semble pas adéquat car Watson a créé le caring afin que l'infirmière l'utilise avec les personnes soignées. Ces derniers éléments sont inhérents aux soignants et à l'établissement et non aux patients. Pour qu'un facteur caratif soit pris en considération, il faudrait que l'infirmière soit en relation avec une autre personne (collègue par exemple) et qu'ensemble ils créent une relation de caring.

Toutefois, nous émettons l'hypothèse que le caring puisse s'appliquer entre professionnels mais ce n'est pas l'intérêt de ce travail.

## V. Choix des stratégies

Dans nos lectures, plusieurs stratégies sont décrites. La première concerne la prévention des situations de violence. Cet aspect est à considérer comme une nécessité. Elle permet de créer en amont un environnement sécurisant et aide à une meilleure interaction entre le patient et l'infirmière. Selon Gbézo (2011), « la prévention se définit comme une intervention qui anticipe sur le risque, sa survenue ou le fait d'y être exposé » (p.45). Elle peut se faire à trois niveaux. L'anticipation constitue la prévention primaire, la protection se trouve à un niveau secondaire et enfin la correction concerne le niveau tertiaire.

L'anticipation : Dans cette étape, l'évaluation des situations à risque permet de réduire l'incidence de ce phénomène. Williamson et al. (2013), confirme l'importance du dépistage du risque. Pour eux, il est nécessaire de se concentrer sur des groupes particuliers de patients qui peuvent être plus susceptibles d'être impliqués dans un événement agressif (traduction libre). Comme de nombreux articles le mentionnent, il y a des caractéristiques qui peuvent être spécifiques aux agresseurs (Hahn et al. 2008; Williamson et al, 2013). Le fait d'être informé sur ce point permet ainsi de porter une attention particulière à ces patients afin d'anticiper l'attitude à avoir.

La prévention de première intention passe également par la formation du personnel. C'est ce que révèlent les différentes études. Dans l'article de Hahn et al. (2013), le personnel ayant suivi une formation rencontre plus souvent de la violence car les agents savent la reconnaître et ainsi la dénoncer (traduction libre). Dans un autre article de Hahn et al. (2012), ces derniers nous informent que la formation est souvent peu présente, seul 16% du personnel était formé pour réagir en cas de violence, mais leur confiance en soi pour gérer ce genre de situation dépendait de l'attitude de l'établissement concernant la violence (traduction libre).

La protection constitue un niveau secondaire dans l'ensemble des stratégies.

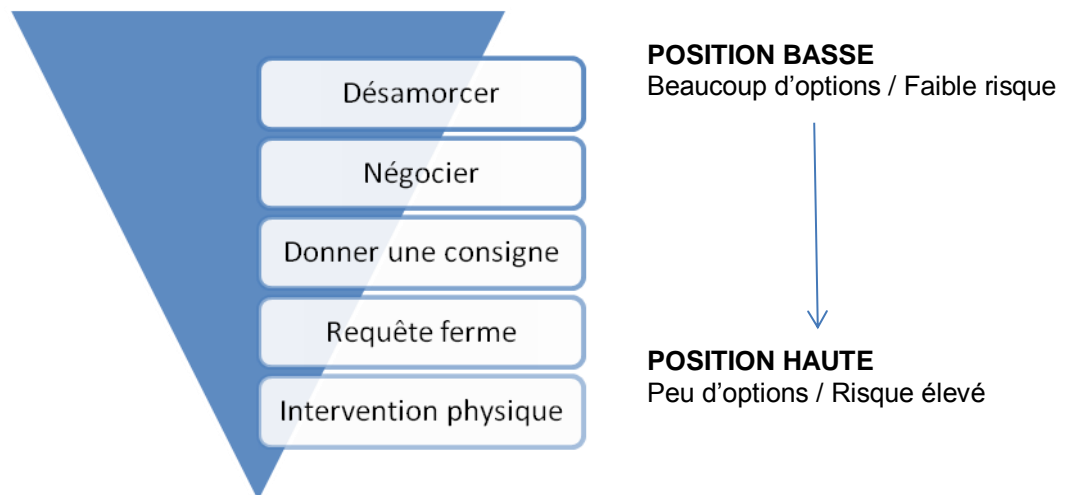
L'accent est mis sur un ensemble de mesures de plusieurs ordres : les mesures administratives, les protocoles d'intervention ... les mesures environnementales... Ce niveau implique, au préalable, une réflexion sur l'institution soignante et son organisation afin de dépister les risques. (Gbézo, 2011, p.48).

Ce point sera développé ci-dessous plus en détail, mais comprend la politique institutionnelle face à la violence et la gestion de l'environnement de travail.

Néanmoins, comme le dit Whelan (2008), il n'est pas question que la prévention soit préférable à l'intervention (traduction libre). C'est pour cette raison que nous allons développer des stratégies d'interventions plutôt que des moyens de prévention.

Le niveau tertiaire est celui de la correction de la situation. Dans ce sens, il nous semble nécessaire de présenter une stratégie qui vise à désamorcer la situation directement avec le patient, comprendre pourquoi il est devenu violent par un échange avec lui et une analyse de la situation. Il est essentiel de créer une relation de confiance avec lui pour que l'échange soit possible.

Une proposition de mode d'intervention nous est proposée par les HUG (communication personnelle [Brochure interne], janvier 2014).



Tiré de HUG (communication personnelle [Brochure interne]), janvier 2014.

Lors d'une action précoce, le risque est peu élevé et la marge de manœuvre plus importante. Plus l'intervention se déplace vers un niveau haut, moindre sont les options alors que les risques sont élevés aussi bien pour le patient que pour le soignant.

Les différents niveaux d'intervention ont pour objectif de (re)créer un lien avec la personne violente.

Désamorcer : se présenter par son nom, avoir une présence rassurante et empathique (afin que le patient considère l'infirmière comme une personne et pas comme un objet : la blouse blanche), prendre du temps et proposer un entretien, au calme, sans spectateurs afin de mettre en mots les émotions et les besoins.

Négocier : dissocier la personne du problème (ne pas généraliser) pour se focaliser sur les sentiments et pas sur les comportements. Clarifier les besoins de chacun, reformuler, clarifier et valider dans le but de rechercher un terrain d'entente. Au besoin, proposer des alternatives ou demander au patient d'en présenter.

Donner une consigne : Identifier et nommer le comportement importun, ses conséquences sur soi et les autres permettant ainsi de fixer des limites (adéquates, cohérentes et réalistes). Discuter des bénéfices de ce changement et reformuler le message final. Tenter de laisser une alternative au patient. Le but de cette étape est de poser le cadre de soin lorsque cela est nécessaire à la personne violente. Il faut cependant être attentif à respecter l'espace vital et la liberté de mouvement du patient dans cette étape.

Requête ferme : Préciser ce qui doit être fait (en accord avec la consigne) tout en informant des conséquences qui peuvent en découler. Responsabiliser le patient en lui laissant le choix : faire ce qui est demandé ou faire avec les résultats. Dans cette phase où le risque devient important, il faut éloigner les objets dangereux, faire attention à ne pas tourner le dos à l'interlocuteur, maintenir une distance de sécurité. Si besoin, donner discrètement l'alerte ou informer ses collègues de la situation. L'infirmière doit faire attention à ne pas faire la morale au patient mais seulement lui exposer les faits.

Intervention physique : Uniquement en dernier recours si le nombre de personnes est suffisant pour maintenir la sécurité de tous. En alternative, se rendre dans la chambre du patient à plusieurs peut permettre d'informer le patient que l'équipe ne le laissera pas prendre le dessus. Faire appel à la sécurité de l'hôpital.

Il paraît donc indispensable d'intervenir dès que possible pour que la situation ne s'envenime pas.

Une autre stratégie souvent explorée offre des perspectives qui peuvent aider l'infirmière à gérer les conséquences personnelles suites aux violences qu'elle a vécues. Le débriefing est cité à plusieurs reprises, notamment dans l'un des articles (Lim, 2011) de notre revue de littérature et est souvent jugé comme nécessaire pour gérer la phase d'après la situation de violence.

Un débriefing après l'événement de violence permet de réduire les effets négatifs tels que le syndrome de stress post-traumatique. De plus, les échanges entre pairs sont plus bénéfiques que ceux qui ont lieu avec la hiérarchie. (Lim, 2011, Traduction libre). Il doit avoir lieu dans les 24 à 72 heures suivantes l'événement traumatisant et se fait en plusieurs étapes dont le but est de (Gbézo, 2011, p. 193):

- Mettre en mots les émotions pour minimiser leur impact
- Leur faire comprendre qu'il est important de ressentir des émotions
- Leur assurer que l'établissement les soutient
- Prendre en charge individuellement les personnes les plus fragiles
- Les aider à tourner la page
- Les encourager à s'ouvrir positivement vers l'avenir

Selon Whelan (2008), l'adoption d'une politique "Zéro tolérance" doit être soutenue par la hiérarchie, et ce par la création de procédures claires et faciles d'utilisation pour reporter les événements de violence. Aux HUG, la violence peut être signalée grâce à un rapport d'incident, toutefois ce rapport peut aussi être utilisé pour d'autres incidents tels que des chutes. Nous nous posons la question de savoir si le fait qu'il n'y ait pas de formulaire spécifique pour la violence pourrait décourager les soignants à le remplir.

La position des HUG concernant la violence sur les collaborateurs est la tolérance zéro, car la violence est vue comme une menace pour la qualité des soins. Dès leur entrée en fonction, les soignants savent qu'en cas de violence, ils peuvent en informer leur supérieur hiérarchique ou un responsable des ressources humaines pour être guidés dans la procédure à suivre (communications personnelles [informations destinées aux collaborateurs] janvier 2007). Le collaborateur peut décider de porter plainte contre le patient mais s'il y a une infraction pénale, le patient est poursuivi d'office. Toutefois, le collaborateur devra porter plainte en tant que personne civile, pas au nom des HUG et les frais juridiques seront donc à sa charge.

Mais les HUG peuvent soutenir le collaborateur dans sa démarche, notamment en mettant à sa disposition l'aide SAULP ou de la CIMPV. À savoir qu'une violence entraînant une infraction pénale est une atteinte à la vie ou à l'intégrité corporelle, une atteinte à l'honneur, à la liberté, à l'intégrité sexuelle ou une violence psychologique.

S'il s'agit d'une infraction pénale, le collaborateur a trois mois pour porter plainte et il peut s'adresser au centre LAVI. Cette loi « vise à fournir une aide efficace aux victimes d'infractions et à renforcer leurs droits » (Art.1 de la Loi fédérale sur l'aide aux victimes d'infractions du 1er janvier 2009).

### Les trois volets de la LAVI

L'aide fournie comprend :

1. des conseils
2. la protection de la victime et la défense de ses droits dans la procédure pénale
3. l'indemnisation et la réparation morale.

Elle vise à :

1. offrir aux victimes un appui ponctuel pour supporter les conséquences immédiates de l'infraction et, en cas de besoin, une aide à plus long terme
2. renforcer les droits de la victime dans le cadre de la procédure pénale
3. obtenir une réparation effective des dommages subis.

Même si le soignant dépose plainte contre le patient, il a le devoir de garder le secret professionnel sur l'état de santé de son agresseur tout comme lui-même a le droit à la confidentialité de la part de ses collègues.

Selon Wagner (2010), le patient a des devoirs légaux lorsqu'il se fait hospitaliser. S'il accepte des soins ou un traitement, il n'a pas le droit de faire quoi que ce soit qui entrave le bon fonctionnement de ces soins et a l'obligation de donner toutes les informations sur ce qui risque d'empêcher le bon fonctionnement de ses traitements ou de sa thérapie. Si le patient refuse ces instructions ou qu'il interrompt un traitement, il doit en assumer la responsabilité par écrit. De plus, lors de son hospitalisation, le patient a le devoir de respecter le règlement de l'institution et la personnalité des soignants. Donc s'il commet des abus verbaux, physiques ou du harcèlement sexuel il peut être renvoyé chez lui si son état de santé le permet.

## **VI. Discussion et perspectives en lien avec la philosophie du caring de Watson**

Dans la description des différentes stratégies pouvant être utilisées dans la gestion du conflit avec un patient, la communication est très souvent mise en avant. L'objectif prioritaire n'est cependant pas que l'infirmière prenne le contrôle, mais plutôt, par la discussion, d'amener doucement la personne violente à retrouver la maîtrise d'elle-même. Pour ce faire, la création du lien et d'une relation de confiance est essentielle.

Dans son article, Gallagher-Lepak (2009), a voulu identifier les actions de soins infirmiers les plus exemplaires de chacun des dix facteurs caratifs d'après des récits d'infirmières sur des situations concrètes (traduction libre). Nous allons nous aider du guideline d'intervention qu'elle propose, le *Transpersonal caring intervention* (TCI) pour mettre en lien les modes d'intervention de la gestion des patients violents avec les facteurs caratifs proposés par Watson dans sa philosophie du caring.

Désamorcer : dans cette étape, plusieurs facteurs caratifs entrent en jeu. Le facteur trois concernant la prise de conscience de soi et des autres permet au patient de comprendre que l'infirmière s'implique dans la relation et cela permet de valider l'expérience de l'individu. De plus, lui montrer que quelqu'un est là en lui proposant un temps pour discuter,

permet à la personne de mettre des mots sur ses émotions (*Expression de sentiments positifs et négatifs*).

Négocier : différents facteurs peuvent ici être utilisés dans la compréhension de cet item. L'assistance pour satisfaire les besoins du patient en fait partie. En effet, il convient de clarifier, reformuler et valider ceux du patient pour rechercher un compromis dans la suite de la prise en charge. Ici, l'action de séparer la personne du problème permet de développer une confiance aidante: une présence sincère et authentique permet de considérer la personne telle qu'elle est réellement en la dissociant de ce qu'elle peut faire. C'est le facteur quatre. Enfin, de manière plus générale, la recherche d'un terrain d'entente invite l'infirmière à réfléchir, selon le caring, à la spécificité du patient et de la situation, en quoi le phénomène actuel affecte sa vie. C'est le facteur correspondant au processus de caring créatif visant la résolution de problème. L'infirmière pense aux alternatives qui peuvent être proposées au patient violent.

Donner une consigne : là, le facteur caratif en lien avec l'apport de soutien, la protection et la création d'un environnement mental, physique, socioculturel et spirituel est adéquat. Tout en respectant l'environnement du patient, l'infirmière vise à créer un milieu propice à la guérison en posant entre autres des limites relatives au cadre de soin. En outre, au cours de cette étape, l'infirmière se doit d'énoncer les bénéfices d'un tel changement de comportement afin de soumettre la transformation au patient. Ainsi nous pourrions lier cela avec le facteur croyance et espoir par une technique consistant à reconnaître et à modifier les modes de pensée. De manière plus générale, la soignante informe l'individu au sujet de son comportement inapproprié, de ses effets délétères pour lui-même et pour les autres. Dans ce sens, nous retrouvons le facteur de l'enseignement et l'apprentissage transpersonnel. Par le fait de fournir des informations pertinentes au patient, l'infirmière vérifie la compréhension que le patient a de la situation, savoir s'il mesure l'impact de ses choix et la façon dont il envisage son futur.

Requête ferme : le fait de formuler précisément ce qui doit être fait tout en mentionnant les conséquences permet de responsabiliser le patient : on retrouve dans les facteurs du processus de caring créatif visant la résolution de problème (être le médiateur du patient pour lui permettre de prendre les bonnes décisions) et l'enseignement et l'apprentissage transpersonnel (former le patient). De plus, dans cette phase où le risque devient plus présent, il faut veiller à l'environnement du patient (écarter les objets risqués, se protéger soi-même si nécessaire), le facteur pour la création d'un environnement propice à la thérapie et à la protection des personnes est adéquat.

Intervention physique : Ici, aucun facteur caratifs n'intervient puisqu'il s'agit d'une intervention extérieure à la relation soignant-soigné. Le plus souvent, il n'y a pas ou peu de discussion possible avec le patient à ce niveau. Lorsqu'il y a une agression envers l'infirmière, qui nécessite une intervention physique d'une personne extérieure à la relation, la question de l'occasion du caring n'a pas le temps d'être mise en place. La personne qui agit en s'interposant entre les autres n'est pas dans la réflexion mais dans l'action uniquement.

Nous constatons que le caring est une philosophie complexe qui est difficile à intégrer dans la pratique, car il demande du temps pour créer un lien de confiance avec le patient. Ceci peut poser problème dans les unités ambulatoires ou de chirurgie, car le patient ne reste pas assez longtemps et la relation d'aide est moins approfondie. Toutefois, même s'il n'est pas possible d'utiliser l'ensemble du caring, nous pouvons avoir recours à certains facteurs caratifs.

L'article de Vandenhouten et al. (2012) montre que les infirmières familières au caring vont plus facilement l'utiliser dans les soins que celles qui le sont moins, c'est pour cette raison

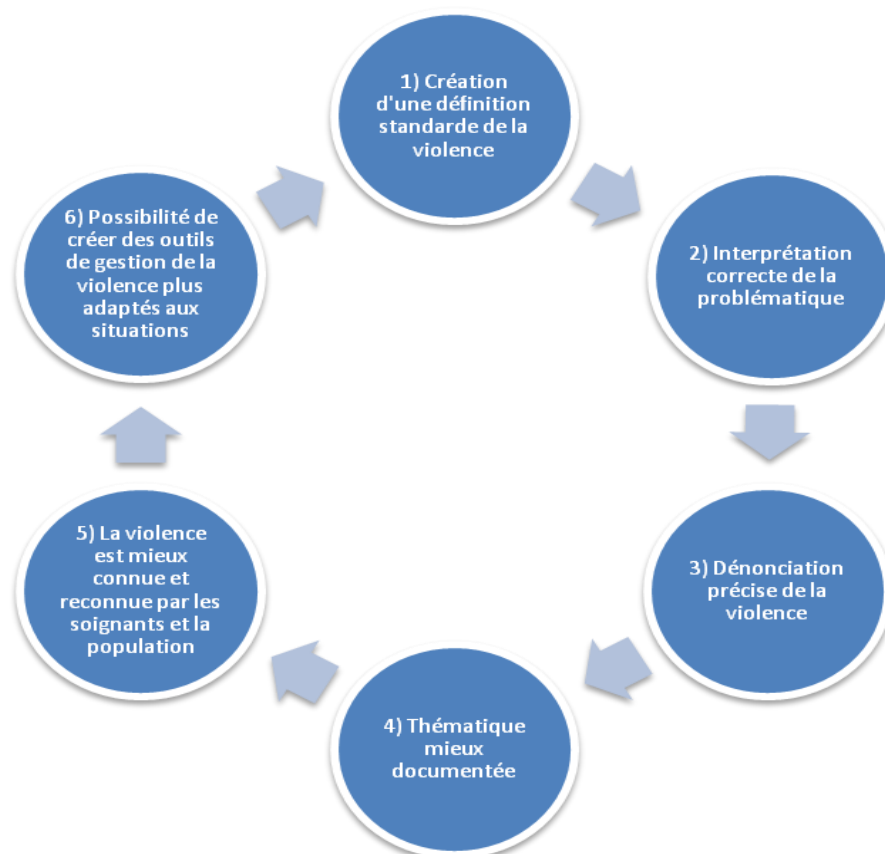
que l'enseignement des théories de soins infirmiers est important pour faciliter leur application sur le terrain. Comme le précise la recherche, la pratique active de l'application de la théorie de Watson dans les soins permet, entre autres, de soulager la souffrance des patients et des familles. Ainsi, cela vaut la peine d'essayer de la mettre en pratique.

## VII. Recommandations pour la pratique

Comme nous l'avons vu plus tôt, les stratégies actuelles mises en place opèrent sur deux niveaux : le désamorçage de la situation avec le patient et le débriefing pour gérer le stress post-traumatique de l'infirmière.

Après nos lectures nous avons pu constater que la problématique de la violence est un phénomène complexe et que certains points demandent à être étoffés par davantage de recherches. En effet, il a été mis en avant à plusieurs reprises que l'absence de définition standard conduit à des interprétations différentes de la problématique, ce qui pose problème aux soignants pour pouvoir identifier un comportement violent. Le risque est que certaines personnes ne dénoncent pas ou trop en faisant une sous- ou sur-interprétation.

Pour cette raison, il existe peu de statistiques et la violence dans les soins n'est pas suffisamment connue de la population et des soignants, donc il n'y a pas assez de moyens mis en place pour aider les soignants à faire face à ce genre de situation. Voici un schéma qui illustre nos propos.



Ceci nous montre que les différents points mentionnés ci-dessus sont en corrélation et que la modification de l'un d'entre eux a des effets sur l'ensemble.

Pour y remédier nous proposons les recommandations suivantes :

- Création standardisée d'un rapport d'incident spécifique à la violence
- Développement d'une formation de la gestion de la violence dès les études en soins infirmiers
- Sensibilisation auprès des unités de soins, enseignements pratiques (théorie et mise en situation)

En complément de ces propositions, la documentation sur ce sujet doit être complétée par des recherches. Comme nous pouvons le constater à travers notre revue de la littérature, en Suisse peu d'articles existent et ceux-ci sont tous menés par le même chercheur. Nous pensons qu'un autre point de vue permettrait de donner une perspective différente à cette problématique. Effectivement, la plupart des recherches que nous avons lues concernent les facteurs favorisant, les conséquences ou ce qui permet de reconnaître un acte de violence. Il serait intéressant d'avoir des études sur l'efficacité des stratégies mises en place pendant l'acte de violence et après celui-ci.

## **VIII. Limites**

Cette revue de la littérature a été effectuée à un niveau Bachelor. Lors de l'élaboration de ce travail, nous avons rencontré certains obstacles :

- Nous avons sélectionné 11 articles pour notre revue de la littérature. Ce nombre est trop restreint pour nous permettre de tout aborder sur le sujet.
- Les articles suisses ont tous été rédigés par le même auteur dans un hôpital suisse allemand ce qui laisse peu de comparaisons possible à l'échelle nationale.
- Il y a peu d'articles s'intéressant à l'efficacité des stratégies mises en place pour la gestion de la violence.
- Suite à nos lectures, le choix du cadre théorique est difficile à transposer au contexte des soins généraux. En effet, la durée de séjour dans certaines unités (chirurgie par exemple) est de moins en moins longue. Or, la relation de caring se fait sur le long terme et la continuité. Ceci est plus applicable lors des longs séjours.
- A notre niveau, les facteurs caratifs sont difficiles à comprendre et donc à mettre en pratique. Dans l'analyse, nous ne les avons pas tous évoqués. Toutefois, par une plus grande revue de la littérature, nous aurions éventuellement pu combler cela.



## IX. Conclusion

Ce travail nous a permis de tenter de répondre à la question de recherche: « Comment l'approche de Watson peut-elle apporter, lors de la prise en soin infirmière, des stratégies permettant de maintenir une relation transpersonnelle de caring malgré un moment de violence du patient envers la soignante? »

En effet, nous avons pu voir l'importance qu'il y a à aborder ce thème souvent méconnu et peu rapporté dans l'univers des soins où les infirmières sont les plus touchées. Leur fonction impliquant un contact rapproché et un temps de présence plus élevé auprès des patients que d'autres professionnels en est la cause.

Après avoir défini la violence sous ses différentes formes (verbale, physique, psychologique, sexuelle), nous nous sommes intéressées aux caractéristiques des personnes et/ou des situations violentes. Ceci peut permettre au soignant qui en a connaissance de dépister les situations pouvant dégénérer. Nous avons aussi abordé les multiples conséquences aussi bien sûr la prise en soin et la relation soignant-soigné que l'impact psychologique que cela peut avoir sur l'infirmière.

Grâce à ceci, nous avons évoqué plusieurs stratégies de gestion qui s'appliquent en trois temps : avant (dépistage des situations à risque), pendant (intervention à différents niveaux : désamorcer, négocier, poser le cadre) et après (débriefing).

D'autre part, nous avons enrichi ce travail en l'intégrant dans la discipline infirmière par une réflexion ciblée sur l'approche du caring proposé par Watson. Effectivement, nous avons vu que le caring peut aider l'infirmière à comprendre les raisons qui ont amené le patient à manifester de la violence. Cela lui permet de prendre conscience que l'acte n'est pas dirigé contre elle en tant que personne, mais contre la fonction qu'elle représente. Cet élément est important à prendre en compte pour que la relation soignant-soigné ne soit pas altérée dans ces situations.

Finalement, ce travail nous a beaucoup appris sur l'approche de Watson et nous avons pu constater lors de nos stages qu'inconsciemment notre pratique avait été influencée par ce que nous avons étudié. En effet, lors de notre prise en soins nous sommes plus attentives à la création d'une relation de confiance avec le patient et nous nous aidons parfois des facteurs caratifs. Cette étape de la prise en charge n'est pas simple et demande un investissement personnel et en temps, mais elle nous paraît importante pour comprendre la personne soignée. De plus, la lecture d'articles spécifiques au caring nous a rendu la compréhension de cette philosophie plus aisée. Nous avons pu travailler et réfléchir de manière à la transposer dans notre pratique professionnelle.

Par ailleurs, cette revue de la littérature nous a permis d'avoir un autre regard sur la violence dans les soins. Au départ, nous pensions que cela faisait partie du travail et que la seule solution pour s'en protéger, était de fuir le patient. Désormais, nos connaissances nous permettent d'être plus attentives à la problématique. Nous sommes maintenant capables de reconnaître les patients susceptibles de devenir violents et d'agir de manière à éviter que la situation ne dégénère ou de savoir comment recadrer un patient violent et travailler ensemble pour comprendre la raison de ce comportement.

Nous constatons que le chemin parcouru dans ce travail nous a rendues plus sensibles aux besoins des infirmières suite à la violence dirigée contre les soignants et aux stratégies pouvant être mises en place. Ceci nous a également permis de prendre du recul sur la formation que nous avons suivie en constatant qu'une plus grande sensibilisation auprès des futurs professionnels pourrait avoir lieu.

Ainsi, ce travail a été enrichissant d'un point de vue personnel et professionnel pour notre entrée dans la vie active. Bien que la thématique soit très complexe, nous avons désormais un bagage pouvant nous venir en aide lors des prochaines situations de violence que nous serons amenées à vivre au cours de notre carrière. Néanmoins, la problématique de la violence nécessite des recherches complémentaires. En particulier, la plupart de nos recherches ont été faites à l'étranger et très peu d'articles existent en Suisse. Les résultats sont tout de même transposables à notre pays. Il serait intéressant que celles-ci soient dirigées vers des programmes de prévention et que leur efficacité soit testée sur le terrain. Nous pourrions approfondir nos recherches dans ce sens pour répondre à ce point, dans un travail futur.

## X. Références bibliographiques

- Ahmed, A.-S. (2012). Verbal and physical abuse against Jordanian nurses in the work environment. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 18(4), 318-324.
- Alligood, M. R. (2010). *Nursing Theory* (4<sup>ème</sup> éd.). Missouri: Mosby Elsevier.
- Bowlby, J. (2002). *L'attachement*, 5<sup>ème</sup> éd.). Paris : Presses Universitaire de France
- Bureau international du travail. (2003). Recueil de directives pratiques sur la violence au travail dans le secteur des services et mesures visant à combattre ce phénomène : Réunion d'experts chargée de mettre au point un recueil de directives pratiques sur la violence et le stress au travail dans le secteur des services: une menace pour la productivité et le travail décent. Genève : BIT.
- Cara, C., O'Reilly, L. (2008). S'approprier la théorie du Human Caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. *Recherche en soins infirmiers*, 95, 37-45.
- Centre LAVI Genève (2014) Centre LAVI (Loi Aide aux Victimes d'Infractions) Genève.  
Accès <http://www.centrelavi-ge.ch/index.php?q=le-centre-lavi/la-loi-lavi>
- Darmsteter, J.P. (2007). *Violence et santé la CIMPV ou le refus engagé d'une fatalité*. Genève : HUG.
- Davaris, S. (2013, 23 décembre). Les Urgences font face au problème de la violence. 24 heures. Accès <http://www.24heures.ch/news/standard/urgences-face-probleme-violence/story/31132314>
- Gbézo, B-E. (2011). *Soigner et accompagner : Les soignants face à la violence* (2<sup>ème</sup> éd.). Rueil-Malmaison : Lamarre.
- Dejours, C. (2007). *Conjurer la violence : Travail, violence et santé*. Paris : Payot & Rivages
- Doron, R., Parot, F. (Dir.). (2003). *Dictionnaire de psychologie*, (1<sup>ère</sup> éd.). Paris : Quadrige
- Ducharme, F., Kérouac, S. & Pepin, J. (2010). *La pensée infirmière*, (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal : Chenelière Education.
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge*, (2<sup>ème</sup> éd.). Philadelphia: F.A Davis Compagny
- Gallagher-Lepak, S. & Kubsch, S. (2009). Transpersonal Caring: A nursing practice guideline. *Holistic nursing practice*, 23(3), 171-182.
- Hahn, S., Müller, M., Hantikainen, V., Kok, G., Dassen, T. & Halfens R. J. G. (2013). Risk factors associated with patient and visitor violence in general hospitals : Results of a multiple regression analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 50, 374 – 385
- Hahn, S., Hantikainen, V., Needham, I., Kok, G., Dassen, T. & Halfens R. J. G. (2012). Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross sectional survey. *Journal of Advanced Nursing*. 68(12), 2685-2699

- Hahn, S., Zeller, A., Needham, I., Kok, G., Dassen, T. & Halfens R. J. G. (2008). Patient and visitor in general hospitals: A systematic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*. 13, 431 – 441
- Hesbeen, W. (1999). Le caring est-il prendre en soin ? *Perspective soignante*, 4, 1-20.  
Accès <http://www.fsi.usj.edu.lb/congres/pdftexteintegral/seancesplenieres/12walterhasbeen.pdf>
- The Health On the Net Foundation. (2013). *HONselect - Français (Introduction)*. Accès : [http://www.hon.ch/HONselect/Search\\_f.html](http://www.hon.ch/HONselect/Search_f.html)
- Howerton Child, R. J. & Menten, J. C. (2010). Violence Against Women: The Phenomenon of Workplace Violence Against Nurses. *Issues in Mental Health Nursing*. 31, 89-95.
- Kohlrieser, G. (2007). *Négociations sensibles : Les techniques de négociations de prises d'otages appliquées au management*. Paris : Pearson Village Mondial.
- Lim, B. (2011). A systematic literature review: managing the aftermath effects of patient's aggression and violence towards nurses. *Singapore Nursing Journal*, 38(3), 6-12.
- Moras, L. (2002), *Comprendre la violence en psychiatrie : Approche clinique et thérapeutique*. Paris: Dunod.
- Nouveau Petit Robert de la langue française. (2007). Paris : Le Robert
- O'Connell, E. & Landers, M. (2008). The importance of critical care nurses' caring behaviours as perceived by nurses and relatives. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24, 349-358.
- Organisation internationale du Travail & Organisation mondiale de la santé (2002). Directives générales sur la violence au travail dans le secteur de la santé. Genève : OMS.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2014). *Violence*. <http://www.who.int/topics/violence/fr/>
- Organisation mondiale de la santé. (2002). Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève: OMS.
- Petit Larousse illustré. (2009). Paris : Editions Larousse.
- Pulsford, D., Baker, A., Wright, K. & Duxbury, J. (2013). Aggression in a high secure hospital: staff and patient attitudes. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 296-304.
- Radio Télévision Suisse Romande. (2013). *Mise au point : Retour sur une plainte du CHUV contre une patiente alcoolisée pour violence envers le personnel*. [Vidéo en ligne]. Accès <http://www.rts.ch/video/emissions/mise-au-point/5097762-retour-sur-une-plainte-du-chuv-contre-une-patiente-alcoolisee-pour-violence-envers-le-personnel.html>
- Roche, M., Diers, D., Duffield, C. & Catling-Paull, C., (2010), Violence Toward Nurses, the Work Environment, and Patient Outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*, 42 (1), 13-22.

- Vandenhouten, C., Kubsch, S., Peterson, M., Murdock, J. & Lehrer, L. (2012). Watson's Theory of Transpersonal Caring: Factors impacting nurses professional caring. *Holistic Nursing Practice*, 26(6), 326-334.
- Wagner, P-A. (2010). *Soins infirmiers et droits*. Langenthal : Association suisse des infirmières et infirmiers.
- Waschgler, K., Hernandez, J.-A.-R., Esteban, B.-L. & Garcia-Izquierdo, M., (2012), Patient's aggressive behaviours towards nurses: development and psychometric properties of the hospital aggressive behaviour scale-users. *Journal of Advanced Nursing*, 69, 1-10.
- Watson, J. (1979/2008). *Nursing : The philosophy and Science of Caring* (éd.rév.). Boulder, CO: University Press of Colorado.
- Watson, J. (1999). *Postmodern Nursing and Beyond*. Toronto : Churchill Livingstone.
- Whelan, T. (2008). The escalating trend of violence towards nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 34(2), 130-133.
- Williamson, R., Lauricella, K., Browing, A., Tierney, E., Chen, J., Joseph, S., ... Hamilton, B. (2013). Patient factors associated with incidents of aggression in a general inpatient setting. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 1144-1152.

## Annexes

### Annexe I : Déclaration WHA49.25 (OMS, 1996) La prévention de la violence : une priorité pour la santé publique

La Quarante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Notant avec beaucoup d'inquiétude l'augmentation spectaculaire de l'incidence des blessures infligées intentionnellement, partout dans le monde, à des êtres de tous âges et des deux sexes, mais spécialement aux femmes et aux enfants;

Approuvant l'appel lancé, dans la Déclaration du Sommet mondial pour le développement social, en vue de l'adoption et de l'application de politiques et de programmes bien déterminés de santé publique et de services sociaux pour prévenir la violence dans la société et en atténuer les effets;

Approuvant les recommandations formulées à la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994) et à la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes (Beijing, 1995) pour que l'on s'attaque de toute urgence au problème de la violence à l'encontre des femmes et des jeunes filles et que l'on en apprécie les conséquences pour la santé;

Rappelant la Déclaration des Nations Unies sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes; Notant l'appel lancé par la communauté scientifique, dans la Déclaration de Melbourne adoptée à l'occasion de la Troisième Conférence internationale sur la prévention des traumatismes (1996), en vue d'un renforcement de la coopération internationale pour assurer la sécurité des citoyens du monde entier;

Reconnaissant les graves répercussions, immédiates et à plus long terme, de la violence sur la santé et sur le développement psychologique et social, dans un contexte individuel, familial, communautaire et national;

Reconnaissant les conséquences de plus en plus importantes de la violence sur les services de santé partout dans le monde et son effet préjudiciable sur des ressources sanitaires déjà limitées dans les pays et les communautés;

Reconnaissant que les agents de santé sont souvent parmi les premiers à intervenir auprès des victimes de violences, étant donné qu'ils disposent de moyens techniques sans égal et qu'ils bénéficient d'une position particulière au sein de la communauté pour aider les personnes exposées;

Reconnaissant que l'OMS, qui est la principale institution pour la coordination de l'action internationale de santé publique, se doit de donner l'impulsion nécessaire et de guider les Etats Membres qui s'efforcent d'élaborer des programmes de santé publique visant à prévenir la violence à l'encontre de soi-même et des autres;

1. **DECLARE** que la violence constitue l'un des principaux problèmes de santé publique dans le monde;

2. **INVITE INSTAMMENT** les Etats Membres à évaluer le problème de la violence sur leur territoire et à communiquer à l'OMS les informations recueillies sur ce problème et les méthodes adoptées pour le résoudre;

3. **PRIE** le Directeur général d'entreprendre, dans les limites des ressources disponibles, des activités de santé publique destinées à apporter des solutions au problème de la violence et qui auront pour buts :

- 1) de caractériser les différents types de violence, d'en définir l'ampleur et d'évaluer les causes de la violence et ses conséquences en santé publique, en se plaçant aussi pour l'analyse dans une perspective sexospécifique;
- 2) d'évaluer les types et l'efficacité des mesures et des programmes destinés à prévenir la violence et à en atténuer les effets, en portant une attention particulière aux initiatives prises au sein de la communauté;
- 3) de favoriser les activités visant à résoudre ce problème au niveau international et à celui des pays, y compris des mesures en vue :
  - a) d'améliorer la prise de conscience, la notification et la gestion des conséquences de la violence;
  - b) de favoriser une plus grande participation intersectorielle à la prévention et à la prise en charge de la violence;
  - c) de faire de la violence une priorité de la recherche en santé publique;
  - d) de préparer et diffuser des recommandations pour l'élaboration de programmes de prévention de la violence aux niveaux des nations, des Etats et des communautés partout dans le monde;
- 4) d'assurer la participation active et coordonnée des programmes techniques compétents de l'OMS;
- 5) de renforcer la collaboration entre l'Organisation et les gouvernements, les autorités locales et les autres organismes du système des Nations Unies dans la planification, la mise en oeuvre et la surveillance continue des programmes de prévention de la violence et d'atténuation de ses effets;

4. **PRIE EN OUTRE** le Directeur général de présenter au Conseil exécutif, à sa quatre-vingt-dix-neuvième session, un rapport faisant état des progrès accomplis jusque-là et de soumettre un plan d'action en vue de progresser vers la mise au point d'une démarche scientifique de santé publique en matière de prévention de la violence.



## Annexe II : Tableau original TCI

TABLE 2. Transpersonal caring intervention (TCI) guideline based on Watson's 10 carative factors		
Carative factor	TCI activity	Activity description
Factor 1: Humanistic-altruistic system of values	Values clarification <sup>30</sup>	Clarify one's own values to facilitate effective caring
Factor 2: Instillation of faith-hope	Cognitive restructuring <sup>30</sup>	Technique to recognize and modify distorted thought patterns
Factor 3: Cultivation of sensitivity to one's self and to others	Bearing witness <sup>38</sup>	Unconditional attending to and validation of individual's experiences
Factor 4: Development of a helping-trusting relationship	Presence <sup>39</sup>	Physically and psychologically being there with the individual
Factor 5: Promotion and acceptance of the expression of positive and negative feeling	Active listening <sup>30</sup>	A conscious effort to hear and understand what the individual is saying and feeling
Factor 6: Systematic use of creative problem-solving process	Advocacy <sup>42</sup>	Being an intercessor on behalf of another person
Factor 7: Promotion of interpersonal teaching-learning	Sensation information <sup>43</sup>	Providing information about physical sensations and other relevant information
Factor 8: Provision for supportive, protective, and/or corrective mental, physical, societal, and spiritual environment	Milieu therapy <sup>30</sup>	Creating a physical, psychological, and healing environment
Factor 9: Assistance with the gratification of human needs	Purposeful touch <sup>47</sup>	Intentional physical contact by the nurse with the purpose of comforting
Factor 10: Allowance for existential-phenomenological-spiritual forces	Spiritual support <sup>30</sup>	Assisting an individual to feel connection with spiritual beliefs

Tiré de : Gallagher-Lepak, 2009

Facteur 1: système humaniste altruiste de valeurs → Valeurs clarification → Clarifier ses propres valeurs pour faciliter l'efficacité des soins

Facteur 2: Inspiration de la foi-espérance → restructuration cognitive → Technique consistant à reconnaître et à modifier les modes de pensée déformées

Facteur 3: La culture de la sensibilité à soi-même et aux autres → Témoigner → Attention inconditionnelle et validation de l'expérience de l'individu

Facteur 4: Développement d'une confiance aidante → Présence → relation de présence physique et psychologique avec la personne

Facteur 5: Promotion et acceptation de l'expression de sentiments positifs et négatifs → L'écoute active → Un effort conscient pour entendre et comprendre ce que la personne dit et ressent

Facteur 6: utilisation systématique d'un processus créatif de résolution de problèmes → processus de plaidoyer → Être un médiateur au nom d'une autre personne

Facteur 7: Promotion d'un rapport interpersonnel d'enseignement-apprentissage → informations sur les sensations → fournir des informations sur les sensations physiques et d'autres informations pertinentes

Facteur 8: Aménagement d'une thérapie de soutien, de protection et/ou de correction d'un environnement mental, physique, social et spirituel → thérapie Milieu →Création d'un environnement physique, psychologique et la guérison

Facteur 9: Assistance à la satisfaction des besoins humains → contact intentionnel → contact physique intentionnel par l'infirmière dans le but de consoler



Facteur 10: Développement des forces existentielles-phénoménologiques-spirituelles → soutien spirituel → Aider une personne à s'appuyer sur des convictions spirituelles

(Gallagher-Lepak, 2009, traduction libre)

### Annexe III : Tableaux des thèmes apparaissant dans l'analyse des articles

THÈMES	MISE EN LIEN	FACTEURS CARATIFS
<b>Facteurs favorisants</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Environnement restrictif, insécure (Pulsford,et al. 2013)</li> <li>- Manque de communication patient-soignant (Pulsford,et al. 2013)</li> <li>- Pathologies psychiatriques : démences, délirium (Williamson et al. 2013)</li> <li>- Age avancé des patients (Hahn et al., 2008), (Hahn et al., 2013), (Williamson et al. 2013)</li> <li>- Sentiments tels que l'ennui, l'insatisfaction, la peur, le déni, la dépression, une estime de soi faible, stress, frustration (<i>Whelan, T. 2008</i>), (Williamson et al. 2013)</li> <li>- Sexe masculin du patient (<i>Whelan, T. 2008</i>) (Williamson et al. 2013)</li> <li>- Sexe du soignant (Hahn et al., 2008)</li> <li>- Antécédents de violence dans les soins (Williamson et al. 2013)</li> <li>- Personnes fragiles avec des blessures personnelles (divorces ou autres événement stressants) (<i>Whelan, T. 2008</i>)</li> <li>- Statut économique bas (<i>Whelan, T. 2008</i>)</li> <li>- Consommateurs d'alcool ou de drogues (Hahn et al., 2008), (<i>Whelan, T. 2008</i>)</li> <li>- Etat de santé du patient (Hahn et al., 2008) (Pulsford,et al. 2013)</li> <li>- Contexte organisationnel de l'hôpital : charge de travail, disponibilité des soignants (Hahn et al., 2008), (Hahn et al., 2013)</li> <li>- Type d'interaction (proximité des soins) (Hahn et al., 2008), (Hahn et al., 2012), (Hahn et al., 2013)</li> <li>- Personnalité du soignant (Hahn et al., 2013)</li> </ul>	<p>Apports de soutiens, protection et création de l'environnement mental, physique, socioculturel et spirituel</p> <p>Enseignement et apprentissage transpersonnel</p>
<b>Conséquences</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etat de choc (<i>Lim, B. 2011</i>)</li> <li>- Dépression (<i>Lim, B. 2011</i>)</li> <li>- Culpabilité (<i>Lim, B. 2011</i>)</li> <li>- Anxiété (<i>Lim, B. 2011</i>)</li> <li>- Insatisfaction au travail (<i>Lim, B. 2011</i>)</li> <li>- Passivité (<i>Lim, B. 2011</i>)</li> <li>- Mauvaise qualité de soins prodigués (<i>Lim, B. 2011</i>) (<i>Ahmed, A.-S. 2012</i>)</li> <li>- Infirmières moins présentent auprès des patients et mauvaises relations (<i>Lim, B. 2011</i>)</li> <li>- Céphalées, troubles du sommeil, burnout (<i>Ahmed, A.-S. 2012</i>)</li> <li>- Envie de changer de profession (<i>Ahmed, A.-S. 2012</i>)</li> </ul>	
<b>Population soignante la</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jeunes diplômées (Hahn et al., 2008), (Hahn et al., 2012), (Hahn et al., 2013)</li> </ul>	Processus de caring créatif visant

<b>plus touchée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infirmières (Hahn et al., 2013)</li> <li>- Unités d'urgences, ambulatoires, soins intensifs, salles de réveil et soins intermédiaires (Hahn et al., 2013)</li> </ul>	la résolution de problèmes
<b>Dépistage du risque</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se focaliser sur les groupes de patients à risque (selon les facteurs favorisants) (Williamson et al. 2013)</li> </ul>	Prise de conscience de soi et des autres
<b>Prévention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Création d'evidence base pratique pour la gestion d'agression (Pulsford, et al. 2013)</li> <li>- Connaissance de la problématique et des effets négatifs par les soignants <i>Lim, B. (2011).</i></li> <li>- Augmentation de mesures de sécurité (<i>Ahmed, A.-S. 2012</i>)</li> <li>- Renforcement des procédures de dénonciations d'abus (<i>Ahmed, A.-S. 2012</i>)</li> <li>- Soignants avec une formation pour gérer la violence (Hahn et al., 2012), (<i>Whelan, T. 2008</i>)</li> </ul>	
<b>Gestion des agressions (action centrée sur l'infirmière)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La médication (Pulsford, et al. 2013)</li> <li>- L'utilisation de méthode non-physique telle que la négociation (Pulsford, et al. 2013)</li> <li>- Davantage de personnel soignant du sexe féminin (Pulsford, et al. 2013)</li> <li>- Débriefing (<i>Lim, 2011</i>).</li> <li>- Soutien des collègues (<i>Lim, 2011</i>).</li> <li>- Approche interdisciplinaire (<i>Whelan, 2008</i>)</li> <li>- Méthodes utilisées par les soignants (calmer, discuter, informer) (Hahn et al., 2012),</li> </ul>	Expression de sentiments positifs et négatifs
<b>Politique zéro-tolérance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- création de procédures pour reporter les événements de violence (<i>Whelan, T. 2008</i>)</li> </ul>	